

LES MANIFESTATIONS
OCULAIRES
DE L'HYSTÉRIE

N° 49

— OEIL HYSTÉRIQUE —

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 16 JUILLET 1892

PAR

Pierre PANSIER

Né à Carpentras (Vaucluse)

Aide de Clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine
Ex-externe des hôpitaux

Membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques

Membre du Comité de rédaction du *Nouveau Montpellier médical*

Lauréat de la Faculté de médecine (1886) et de la Faculté de droit (1885)

Bachelier en droit

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(Hamelin Frères)

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O.*.*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. SARDA (Ch. du c.)	
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (*)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TRUC, <i>président</i> .	MM. BLAISE, agrégé.
GRASSET, professeur.	BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547928_0124

INTRODUCTION

L'hystérie est une névrose à physionomie essentiellement mobile. Confondue avec ce qu'on appelait le nervosisme, elle embrassait autrefois les troubles nerveux les plus variés. Elle constitue aujourd'hui une entité morbide nettement définie.

L'hystérie est caractérisée par des symptômes particuliers, appelés stigmates, dont les plus constants sont l'attaque, avec ses phénomènes particuliers d'aura, les zones hystérogènes ovariennes ou pseudo-ovariennes, sous-mammaires, sous-scapulaires, l'abolition du réflexe pharyngien, l'anesthésie cutanée en plaques disséminées ou affectant nettement la forme hémianesthésique.

Elle se manifeste dans des conditions différentes, naît spontanément, apparaît à la suite de diverses intoxications ou après certains traumatismes (1).

Même isolée, l'hystérie est quelquefois difficile à déceler ; combinée à d'autres affections, sa recherche sera plus délicate et exigera la mise en œuvre de tous les éléments morbides.

Les manifestations oculaires de l'hystérie, par leur fré-

(1) Les Allemands tendent à faire de l'hystéro-traumatisme une névrose distincte. Nous n'avons pas à étudier cette question au point de vue général ; mais, au point de vue oculaire, nous examinerons si cette distinction a sa raison d'être.

quence et leur netteté, ont une réelle valeur; dans certains cas complexes, elles acquièrent même une importance décisive.

L'amblyopie, avec ses caractères typiques, permet parfois d'affirmer l'hystérie, alors que les autres éléments de diagnostic sont incertains.

Dans certains cas enfin, les troubles oculaires ne sont-ils pas l'unique manifestation de l'hystérie?

Seuls ou associés à d'autres manifestations générales, les troubles hystériques de l'œil exigent un examen attentif. Ils sont connus depuis longtemps et ont provoqué de nombreux travaux.

Ils intéressent autant la médecine générale que l'ophtalmologie.

Gilles de la Tourette, dans un récent traité de l'hystérie, s'inspirant des travaux de Parinaud et Borel, a mis en relief les troubles oculaires inhérents à la névrose.

Cohn (1) lui-même, dans sa monographie : « *Uterus und Auge* », y a consacré quelques pages. Enfin, un grand nombre de cliniciens et d'expérimentateurs ont étudié des points spéciaux.

Nous-même nous continuons nos recherches sur l'œil hystérique depuis plus d'un an.

En ayant observé un certain nombre de cas, soit à la Cli-

(1) Cohn, n'admettant pas que des troubles oculaires réflexes dans l'hystérie puissent exister sans troubles utérins correspondants, ne pouvait nous fournir une étude complète.

Au point de vue utérin lui-même, le travail de Cohn a été repris et complété par notre excellent ami M. le docteur Janot, dans une étude consciencieuse et étendue, intitulée : « *Des rapports morbides de l'œil et de l'utérus* ».

nique ophtalmologique, soit dans les services de médecine, nous avons poursuivi assidûment l'étude de la question au point de vue clinique et critique.

Nous avons analysé tous les matériaux français et étrangers que nous avons pu nous procurer, et nous avons cherché à nous faire une opinion motivée.

Chemin faisant, nous avons observé certains faits, vérifié l'exactitude de certaines données ou acquis diverses notions personnelles.

Nous avons tâché, sans y réussir toujours, d'être complet et méthodique.

Nous serions heureux si nous pouvions éviter à ceux que ce sujet intéresse de longues et pénibles recherches.

Ce travail a été fait à la Clinique ophtalmologique, sous les auspices de M. le professeur Truc et nous sommes heureux de profiter de cette circonstance pour le remercier de la bienveillance que depuis de longues années il n'a pas cessé de nous témoigner.

Que M. le professeur Grasset, qui nous a fourni de nombreux sujets d'étude et aidé de ses conseils, reçoive l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Carrieu a facilité nos recherches dans son service ; nous lui en exprimons notre gratitude.

Nous ne saurions oublier M. le professeur agrégé Sarda, qui a été notre premier guide dans l'étude des sciences médicales et a mis à notre disposition les riches matériaux de la consultation gratuite de médecine.

A MM. les D^{rs} Rauzier et Bosc, chefs de Clinique médicale, merci de leur précieux concours.

Dans l'étude des manifestations oculaires de l'hystérie, nous suivrons l'ordre suivant :

- I. — Historique.
- II. — Étude de l'œil hystérique normal.
- III. — Étude de l'œil hystérique pathologique.

Nous diviserons en quatre groupes les affections oculaires relevant de l'hystérie :

- 1° Amblyopie hystérique et ses diverses formes.
 - 2° Migraine ophtalmique hystérique et koptopie.
 - 3° Troubles des muscles extrinsèques et intrinsèques de l'œil.
 - 4° Lésions organiques.
- IV. — Valeur séméiologique de l'œil hystérique.
 - V. — Traitement des troubles oculaires hystériques.
-

LES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DE L'HYSTÉRIE

— ŒIL HYSTÉRIQUE —

HISTORIQUE

La notion des troubles de l'œil dans l'hystérie est ancienne. Si nous en croyons Gilles de la Tourrette, on pourrait rapporter à l'hystérie le passage suivant de Celse : « Interdum evenit, modo in altero oculo, modo in utroque, aut ex ictu aliquo, aut ex morbo comitali, aut ex distensione nervorum, quae vehementer ipse oculus concussus est, ut is neque quoquam intendi possit, neque omnino consistat, sed huc et illuc sine ratione moveatur, idemque ne conspectum quidem rerum præstet. »

Si nous sortons de l'observation de ces phénomènes secondaires inhérents à l'attaque, nous trouvons dans Charles Lepois, en 1618, le premier fait bien établi d'amaurose hystérique. Lepois rapporte l'histoire d'une hystérique dont les attaques s'accompagnaient d'anesthésie cutanée, de surdité, de cécité.

Les œuvres de Carré de Montgeron sur les miracles du tombeau du diacre Paris nous fournissent une série d'observations d'amauroses dont la nature hystérique est évidente. La guérison des troubles oculaires a tellement frappé l'auteur, qu'en tête du premier volume, au-dessous d'une très belle gravure représentant le tombeau de Paris, il inscrit ces paroles : « Alors les aveugles verront, et les oreilles des sourds seront ouvertes (1). »

Parcourant la IV^e démonstration (page 5), nous voyons l'histoire de la guérison de Marguerite François du Chêne, « qui depuis trois ans perdait son sang tous les jours par d'affreux vomissements causés par la rupture de plusieurs vaisseaux de l'estomac ; depuis cinq ans elle était consumée par une fièvre continue et tourmentée par un mal de côté qui lui causait une continuelle insomnie ; elle était paralysée de tout le côté gauche et hydropique par tout le corps ; enfin plusieurs attaques d'apoplexie et de léthargie l'avaient réduite à toute extrémité. » Cette description est assez nette et précise pour que l'on puisse affirmer qu'il s'agit d'une affection hystérique.

« Son visage, dans le temps de ces accidents (attaques qu'il vient de décrire longuement), n'offre plus qu'une couleur terreuse.... Sa bouche se contourne en des figures forcées, sa gorge s'enfle à vue d'œil, quelques gouttes de sang comme égarées dans les extrémités lui sortent sous les ongles et par l'angle des yeux. » Il s'agit là de ces hémorragies oculaires que nous trouverons signalées dans l'hystérie.

« Elle restait quelquefois dix jours de suite aveugle, sourde et muette. »

Cette cécité transitoire devient bientôt définitive : « Dieu, qui avait résolu de la faire passer par de plus terribles épreu-

1) Carré de Montgeron, *La vérité des miracles*, t. I. Cologne, 1737.

ves, voulut que les ténèbres dérobaient encore à sa vue ce qui aurait pu la distraire du sentiment de ses douleurs. » Cette cécité, après avoir duré un certain temps, disparut spontanément à la suite d'une attaque. « A la fin de mai, l'ouïe et la vue lui furent rendues. »

Nous voyons là une amaurose à répétition qui apparaît momentanément après les attaques et disparaît spontanément après un temps plus ou moins long. Maître-Jean, dans son *Traité des maladies des yeux*, paru en 1740, ne fait pas mention de cette amaurose survenant chez les hystériques ; mais il a observé chez elles d'autres phénomènes oculaires.

Il nous dit que l'*hemeralopia*, l'aveuglement de jour, peut être produit par certains accès épileptiques, et la description qu'il donne de cette maladie rappelle l'hyperesthésie nerveuse de la rétine (p. 243).

Il a également observé la dilatation de la pupille comme manifestation de maladies nerveuses : « La pupille se dilate chez ceux qui sont travaillés d'accès épileptiques et de convulsions générales, ou de l'œil seul, chez les femmes ou les filles travaillées de suffocations hystériques ou de vapeurs simples (p. 259) (1). » Cette dilatation résiste à l'action de la lumière, et « il ne connaît rien capable de la guérir. »

Le second volume des œuvres de Carré de Montgeron (2) contient une nouvelle série d'observations intéressantes. Dans l'une d'elles, nous voyons notées non seulement l'amblyopie, mais aussi la blépharoptose : « Le 24 décembre 1717, la dame Stapart, lors âgée d'environ vingt-sept ans, fut atteinte d'apoplexie avec plusieurs rechutes consécutives qui dégénérèrent en paralysie sur la moitié du corps du côté gauche ; de laquelle paralysie elle fut guérie après l'espace de six à sept

(1) *Traité des maladies de l'œil et des remèdes propres pour leur guérison*, par M. Antoine Maître-Jean. Paris, 1740.

(2) Carré de Montgeron, *La vérité des miracles*, t. II. Cologne, 1747.

mois, à l'exception de son œil gauche qui est resté paralytique et privé de toute lumière. »

Le 25 mars 1727, une nouvelle attaque fait réapparaître la paralysie. L'œil était toujours resté privé de la lumière depuis la première attaque de 1717. L'hémiplégie gauche s'accompagnait d'hémianesthésie.

Il s'agissait d'une de ces formes d'amaurose complète d'emblée et de longue durée portant sur l'œil situé du côté anesthésié.

Quant à la « paralysie oculaire », qui durait depuis dix ans comme l'amaurose, la gravure accompagnant la « démonstration » nous montre que c'est de la blépharoptose. « Elle s'accompagnait sans discontinuation d'une grande douleur de tête. » Il s'agissait donc d'une forme douloureuse de blépharospasme.

De plus, on constata l'insensibilité de la conjonctive : « L'œil avait perdu non seulement la lumière par l'obstruction du nerf optique, mais avait perdu en même temps toute sensibilité et tout mouvement par l'engorgement des racines de tous les autres nerfs. Elle avait tellement perdu l'usage de son œil, que lorsque l'on mettait le doigt dedans, la paupière ne branlait pas. »

On voit donc relatées dans ces quelques faits à peu près toutes les manifestations oculaires de l'hystérie ; il ne manque que l'ordre et l'esprit d'analyse qui, au lieu d'en faire des faits « extraordinaires et prodigieux », les rattache à leur cause, à leur véritable origine, l'hystérie.

Pomme et Telling, en 1771, apportent un nouveau cas d'amaurose survenant dans l'hystérie (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t. XXXVI, p. 437).

Pellier de Quengsy (1) rapporte la guérison de la femme

(1) *Recueil de mémoires et d'observations sur l'œil*, par Pellier de Quengsy. Montpellier, 1783, p. 423.

du sieur L..., perruquier à Montpellier, âgée de vingt-sept ans. « Elle était d'une constitution assez fluette et vaporeuse, et fut atteinte de goutte sereine qui avait résisté à tous les remèdes indiqués que lui prescrivit un oculiste de cette ville. » Mais à l'état nerveux était jointe une dysménorrhée qui paraît entrer en ligne de compte, et à laquelle l'auteur rapporte d'ailleurs l'origine de cette amaurose.

Louyer de Villermay (*Traité des maladies nerveuses*, 1816) signale l'amaurose produite par l'hystérie, mais sans y attacher aucune importance.

Il nous faut arriver maintenant jusqu'à la thèse d'Alègre, en 1833, pour trouver signalée et commentée une nouvelle observation d'amaurose hystérique. Ce cas est bien observé : il nous renseigne même sur la nature de l'amblyopie et de la paralysie, puisqu'on voit instantanément la malade se lever de son lit et courir par la salle comme une personne voyante et bien portante ; cependant on continue à n'y voir qu'un phénomène singulier et inexplicable.

« Joséphine B..., âgée de vingt-six ans, est née à la Ferté, de parents bien portants : sa sœur, un peu moins âgée qu'elle, est fréquemment atteinte d'hystérie... A la suite d'une visite à la Morgue dans un voyage à Paris, elle fut prise d'attaques violentes d'hystérie... Douleurs de tête, illusions de la vue et de l'ouïe... Elle entre à la Salpêtrière en 1820 : depuis cette époque jusqu'en mars 1831, elle a éprouvé un grand nombre d'attaques... Dans une circonstance, une amaurose a été la suite des attaques, et, quoiqu'on fît, la pupille était immobile et les yeux tout à fait insensibles à la lumière ; ces phénomènes singuliers et vraiment inexplicables dans l'état actuel de la science avaient une durée variable et ne se dissipaient qu'à l'arrivée d'une nouvelle attaque.

Au mois de mars 1831, à la suite d'une nouvelle crise, l'amaurose est définitive.

Le 5 juillet 1832, l'attaque survient si rapidement qu'on n'a point eu le temps d'attacher la malade comme à l'ordinaire ; elle a pu se jeter à bas de son lit, et, quoique aveugle au moment même et paraly-

tique un quart d'heure avant, courir le long de la salle avec une rapidité incroyable et qui tient du merveilleux. Laissons s'écouler quelques heures, et B... n'aura plus ni amaurose ni trismus. » (Alègre, page 29 et suivantes.)

Szokalski, en 1839, signale une série de phénomènes nouveaux apparaissant dans diverses circonstances : la diplopie monoculaire.

En 1846 et 1851, il signale l'apparition des mêmes phénomènes dans l'amblyopie hystérique, qui alors a pris place dans la science sous le nom de *anesthesia retinae*.

En effet Hocken, en 1842, a bien étudié et décrit l'amaurose hystérique. Il distingue deux formes : la forme aiguë, la forme chronique ; il signale le blépharospasme intermittent, il établit le diagnostic différentiel entre l'amaurose hystérique et l'amaurose symptomatique des lésions de l'utérus.

Brachet (1847) (1), mentionnant les amauroses périodiques dans l'hystérie, critique le travail de Hocken : « Ce serait, dit-il, s'exposer à des erreurs, si l'on voulait, comme l'a fait le docteur Hocken, préciser cette perturbation de la vision (p. 380). »

Henrot et Briquet (1847) ont noté la fréquence de l'anesthésie de la conjonctive chez les hystériques : « Après l'anesthésie de la peau, dit Henrot, la plus fréquente est celle de la conjonctive. » Briquet est plus catégorique : « L'anesthésie de la conjonctive, surtout dans l'œil gauche, se rencontre si fréquemment, qu'il est rare de trouver encore une hystérique qui sente nettement le contact des doigts promenés sur la conjonctive. Cette insensibilité est tellement constante, qu'elle pourrait être considérée comme un signe caractéristique de l'hystérie. » Il signale l'achromatopsie hystérique ; il a noté aussi que, lorsque l'amaurose est unilatérale, les malades s'aperçoivent rarement qu'ils en sont porteurs.

(1) *Traité de l'hystérie*. Paris et Lyon, 1847.

Bezençon (1849) signale l'apparition passagère de strabisme à la suite des attaques; il fait le diagnostic différentiel entre l'amblyopie hystérique souvent monolatérale, lente dans sa marche, et l'amblyopie saturnine binoculaire, à développement rapide: « Dans l'amblyopie saturnine, la pupille est toujours altérée dans sa forme, tantôt dilatée, tantôt rétrécie; enfin, durant sa guérison, on observe des phénomènes dus à la dilatation irrégulière de la pupille, et notamment l'hémioptie, ce qui ne se voit pas dans l'hystérie. »

L'histoire de l'amblyopie reste alors stationnaire, ses symptômes sont mal déterminés encore; on en fait une maladie du nerf optique, ou une conséquence de la contraction des muscles oculaires; on y attache peu d'importance encore, et Sandras, dans son *Traité des maladies nerveuses*, en 1851, ne la signale ni à l'article hystérie, ni à l'article amaurose.

La découverte de l'ophtalmoscope modifie peu les notions que nous avons de l'amblyopie hystérique, on constate seulement l'intégrité absolue des membranes profondes, et malgré les travaux de de Græfe il faut arriver à l'époque relativement récente des premiers travaux de Galezowski, Lebreton, Charcot, pour assister au développement de nos connaissances.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DE L'ŒIL HYSTÉRIQUE NORMAL

Nous entendons par œil normal chez l'hystérique, celui dont fonction visuelle n'est pas altérée en dehors de l'attaque.

Nous examinerons dans ce chapitre :

- 1° L'aspect extérieur de l'œil ;
- 2° Le champ visuel de l'œil hystérique normal ;
- 3° Les modifications de sensibilité de la région oculaire ;
- 4° Les zones hystérogènes de la région oculaire ;
- 5° Les prodromes de l'attaque ;
- 6° Les modifications que l'on observe sur l'œil durant les différentes phases de l'attaque ;
- 7° Les troubles passagers que l'on observe à la suite de l'attaque ;
- 8° La fonction oculaire pendant le sommeil hypnotique : l'action de la suggestion sur la fonction visuelle.

I

ASPECT EXTÉRIEUR DE L'ŒIL

A sa démarche vacillante, à ses yeux largement ouverts, regardant le ciel comme pour y chercher la lumière, nous reconnaissons l'amaurotique ; le myope se dénonce par sa marche timide, ses paupières mi-closes ; chez l'enfant, la tête inclinée comme pour la cacher dans sa poitrine, les paupières convulsivement closes, nous font penser à des lésions cornéennes.

nes ; mais l'hystérie, même dans ses manifestations oculaires, ne se manifeste pas extérieurement par des signes si tangibles.

Cependant, en dehors de l'attaque, dit Robin, on est frappé du regard particulier de l'hystérique ; les paupières (s'il n'y a pas hyperesthésie) sont largement ouvertes, animées d'un clignement rapide ; le globe se meut dans les diverses directions avec des mouvements aussi incoordonnés que les idées du sujet.

Ces signes ne sont ni assez constants, ni assez distinctifs pour nous signaler de la névrose.

II

LE CHAMP VISUEL DE L'ŒIL HYSTÉRIQUE NORMAL

Un grand nombre d'hystériques n'accusent aucun trouble de la vision, leur acuité est normale, le champ visuel pour le blanc ne présente pas de rétrécissement.

Nous avons cependant été frappé d'un signe constant que nous avons trouvé chez ces sujets : si l'on prend successivement le champ visuel pour le blanc et pour les couleurs, on s'aperçoit que, tandis que le champ visuel du blanc est normal, celui des couleurs présente des anomalies typiques.

Et d'abord, le champ visuel des couleurs est considérablement agrandi ; ensuite, les couleurs ne sont plus à leur distance habituelle dans l'ordre suivant : blanc, bleu, rouge, vert ; le rouge et le bleu se sont rapprochés du cercle du blanc ; les cercles du blanc, du rouge et du bleu sont devenus presque tangents ; quelquefois même, leur étendue étant exagérée, le cercle du bleu est devenu cercle périphérique.

C'est l'agrandissement du champ visuel pour les couleurs.

Souvent aussi les cercles colorés, plus étendus que normalement, ne conservent pas leur place respective et le cercle pour le rouge devient plus grand que le cercle du bleu.

Le rouge peut devenir alors couleur périphérique. Il y a agrandissement du champ visuel pour les couleurs et inversion des cercles des couleurs (V. planche I, fig. 11).

Le champ visuel pour le vert paraît moins intéressé, et, exceptionnellement, nous l'avons vu une seule fois devenir couleur périphérique (V. planche I, fig. 14).

Nous avons trouvé ce caractère, agrandissement du champ visuel avec ou sans inversion des cercles des couleurs, chez tous les hystériques non amblyopes qu'il nous a été donné d'examiner. Ce phénomène n'a été signalé dans aucune autre affection; ce pourra donc être un point de repère précieux pour le diagnostic de certains cas douteux.

III

MODIFICATIONS DE LA SENSIBILITÉ DANS LA RÉGION OCULAIRE.

Les paupières, la muqueuse conjonctivale, la cornée, peuvent être intéressées; mais les troubles de la sensibilité de la région oculaire se rencontrent rarement sans que la fonction visuelle soit atteinte.

a) *Paupières*. — Nous y trouverons l'anesthésie ou l'hyperesthésie cutanée.

L'anesthésie de la région palpébrale paraît rare en dehors de l'hémianesthésie. Cependant Charcot et Féré ont noté que, chez certains malades, l'anesthésie hystérique des téguments pouvait être limitée à la peau du pourtour de l'orbite et à la conjonctive.

Monoculaire ou binoculaire, elle est souvent superposée au spasme non douloureux de l'orbiculaire. La zone d'anesthésie couvre circulairement l'œil et dépasse la région périorbitaire d'une étendue d'environ deux centimètres (Gilles de la Tourette). Dans ces cas, la sensibilité de la conjonctive et de la cornée est également plus ou moins diminuée.

Dans la même zone, l'hyperesthésie cutanée accompagne le blépharospasme douloureux avec photophobie. L'hyperesthésie s'étend alors à la conjonctive et à la cornée.

b) *Conjonctive et cornée.* — « Après l'anesthésie de la peau, dit Henrot (1847), la plus fréquente est celle de la conjonctive. »

Briquet insiste et spécifie mieux : « L'anesthésie de la conjonctive, surtout dans l'œil gauche, se rencontre si fréquemment qu'il est rare de trouver une hystérique qui sente nettement le contact des doigts promenés sur la conjonctive. Cette insensibilité est tellement constante, qu'elle pourrait être considérée comme un signe caractéristique de l'hystérie. »

D'après Briquet, l'anesthésie de la conjonctive serait donc un stigmate hystérique aussi constant que l'anesthésie pharyngée par exemple. Cette opinion paraît exagérée, et quelque restreint qu'ait été nombre de nos observations, nous avons, dans plus de la moitié des cas, constaté que la sensibilité des conjonctives était normale.

L'anesthésie peut porter seulement sur la conjonctive bulbaire, la conjonctive palpébrale ayant conservé toute sa sensibilité.

I. — Eugène M., du 2^e génie, est entré au service de M. le professeur Grasset pour un embarras gastrique fébrile ayant débuté par une crise hystériforme. Nous l'examinons la veille de sa sortie de l'hôpital. Vision normale, emmétropie ; rétrécissement concentrique léger du champ visuel plus marqué à droite avec inversion des cercles des couleurs, le rouge est devenu couleur périphérique à droite, le bleu

à gauche, anesthésie de la conjonctive bulbaire ; la conjonctive palpébrale a conservé sa sensibilité.

Il est facile de se rendre compte de l'insensibilité des conjonctives ; mais l'examen de la cornée exige quelque précaution. Cet examen se fait généralement avec un pinceau ou un morceau de papier roulé que l'on promène sur la cornée ; il est une cause d'erreur dont il faut se garder, c'est le réflexe rétinien. Si la cornée est anesthésiée dans sa totalité tant que le corps explorateur n'est pas dans le champ pupillaire, le sujet reste insensible, mais le réflexe oculo-palpébral peut se produire par excitation rétinienne, dès que l'objet est dans le champ pupillaire.

C'est cette intervention du réflexe rétinien qui rend cet examen délicat ; et Gilles de la Tourette paraît avoir été induit en erreur quand il dit : « La cornée est rarement insensible dans sa totalité ; l'anesthésie atteint seulement le segment interne ou externe, mais les parties centrales conservent généralement la sensibilité. »

Plusieurs auteurs ne partagent pas cette opinion ; Landesberg entre autres, chez une femme hystérique atteinte de cécité passagère et transitoire, trouva comme seule lésion l'anesthésie complète de toute la cornée.

Nous-même, dans un cas analogue, nous avons pu constater que la cornée était insensible aussi bien dans sa portion centrale que dans sa portion périphérique ; l'examen était rendu facile par ce fait que le malade était atteint d'amaurose monoculaire complète et que nous ne pouvions donc être induit en erreur par le réflexe rétinien.

Un caractère parfaitement connu de cette anesthésie des membranes oculaires, c'est la conservation du réflexe glandulaire. Malgré l'anesthésie, l'excitation de la conjonctive, de la cornée produit une abondante sécrétion de larmes ; elle paraît seulement plus lente à se produire que normalement.

C'est par la conservation de ces réflexes glandulaires et vasculaires que Pitres explique comment la nutrition de l'œil reste intacte malgré l'anesthésie des membranes.

Les rapports qui existent entre l'insensibilité oculaire et l'amblyopie seraient les suivants d'après Féré : « Chez les hystériques hémianesthésiques sans amblyopie, la sensibilité de la conjonctive est normale. Les hystériques hémianesthésiques atteints d'achromatopsie partielle avec rétrécissement du champ visuel ont perdu la sensibilité conjonctivale. Dans les cas d'achromatopsie complète avec rétrécissement du champ visuel la perte de la sensibilité existe pour la conjonctive et pour la cornée. »

Ces lois se sont trouvées d'accord avec presque toutes nos observations, cependant on ne peut les admettre comme absolues et nous avons noté quelques exceptions ; ainsi, chez le sujet de l'observation VI hémianesthésique avec achromatopsie et rétrécissement du champ visuel, la conjonctive a conservé toute sa sensibilité.

Lichtwitz fait la même remarque : Dans son observation II, on voit que la cornée conserve sa sensibilité et cependant l'amaurose est complète.

L'hyperesthésie de la conjonctive et de la cornée est beaucoup plus rare ; elle accompagne généralement d'autres troubles fonctionnels, et en particulier le spasme douloureux de l'orbiculaire.

IV

ZONES HYSTÉROGÈNES DE LA RÉGION OCULAIRE

Il existe dans la région oculaire des zones hystérogènes : elles sont de deux ordres, spasmogènes ou frénatrices. La notion des zones frénatrices oculaires est cliniquement connue

depuis longtemps ; un des procédés employés pour arrêter les attaques est la compression des globes oculaires. Le procédé empirique consistant à faire cesser le sommeil hypnotique en soufflant sur les yeux n'agit-il pas lui aussi sur ces zones frénatrices ?

Mais le résultat obtenu peut être tout différent de celui que l'on recherche. Vers la fin d'une crise d'hystérie, sans but, très réfléchi, nous fûmes amenés à souffler dans les yeux d'une de nos malades, et immédiatement nous vîmes succéder à la période des attitudes passionnelles le sommeil hypnotique. Nous avons répété à plusieurs reprises cette manœuvre à la fin des crises, toujours avec le même résultat : nous pûmes même par ce moyen arriver quelquefois à diminuer notablement la durée de la crise.

Dans le même ordre de faits, on a noté que la compression des globes oculaires peut avoir un effet tout opposé, et de frénatrice devenir spasmogène. C'est ainsi que Rybalkin a cité le cas d'une jeune fille, chez qui la compression d'un œil mettait en état de léthargie l'autre moitié du corps. Chez deux malades de la Salpêtrière, Gilles de la Tourette détermine des attaques convulsives par pression des globes oculaires.

Où siègent exactement ces points spasmogènes ?

Lichwitz a pu préciser le siège exact de quelques-unes de ces zones sur la conjonctive, la cornée, le canal lacrymal.

Du côté des conjonctives (elles étaient anesthésiques, la cornée ayant conservé sa sensibilité), le frottement léger de la conjonctive bulbaire et palpébrale de l'œil droit mettait le sujet en état cataleptoïde.

Un frottement léger de la cornée donnait le même résultat.

Le frottement des mêmes points dans l'œil gauche provoquait le sommeil léthargique.

On obtenait les mêmes résultats en pratiquant l'excitation de ces zones par frictions des globes à travers la paupière.

Le sujet étant en état cataleptoïde, l'attouchement de l'un ou l'autre œil produisait la léthargie.

Si on continuait à irriter la cornée ou les conjonctives, on produisait une crise convulsive.

Du côté des voies lacrymales, l'introduction d'une sonde dans le canal inférieur droit produit la catalepsie ; l'introduction dans le canal inférieur gauche amène la léthargie. Si on franchit le canal et si on pénètre dans le sac, on produit une crise convulsive.

En résumé, une excitation légère des points indiqués amenait la léthargie ou la catalepsie ; une excitation plus forte produisait une crise convulsive.

L'instillation de cocaïne dans l'œil rendait insensibles les zones conjonctivales et cornéennes, mais les zones des conduits lacrymaux conservaient leur pouvoir spasmogène. La raison de cette différence est que, tandis que la cocaïne agissait largement sur la cornée ou sur la conjonctive, elle n'avait pas pénétré ou du moins agi très peu dans le canal lacrymal. En effet la cocaïne que l'on instille dans l'œil franchit difficilement l'entrée du canal lacrymal, et si l'on veut agir sur celui-ci il faut l'y injecter directement avec la seringue d'Anel.

On peut se demander si ces points constituent les seules zones spasmogènes de l'œil, et s'il n'en existe pas de semblables sur les membranes profondes. Des faits viennent à l'appui de l'existence de celles-ci : souvent les manœuvres hypnotiques s'adressant directement aux yeux, produisent, non pas l'hypnotisme qu'on attend, mais des attaques d'hystérie.

N'est-on point en droit de se demander si dans ces cas il n'existe pas (sur la rétine par exemple) des zones hystérogènes excitables par l'action prolongée des rayons lumineux (1) ?

(1) L'existence de ces zones hystérogènes n'est plus hypothétique ; elles ont été signalées par Charcot.

G... B..., trente-neuf ans, chaisier, est atteint d'une hystérie simulant le

V

PRODROMES DE L'ATTAQUE

Les signes prémonitoires de l'attaque que l'on observe du côté de l'organe de la vision ne sont pas constants et peu importants d'ailleurs.

Les symptômes les plus éloignés consisteraient dans l'aggravation ou l'apparition de l'amblyopie : cette amblyopie prémonitrice serait caractérisée par la perte plus ou moins absolue de la vision des couleurs, avec diminution de l'acuité centrale ; on observerait alors un rétrécissement passager du champ visuel. Roder a vu se produire, comme signe prémonitoire de l'attaque, une mydriase sur laquelle l'ésérine n'avait aucune action.

Robin signale encore comme signe précurseur de l'attaque la diplopie passagère s'accompagnant des spasmes des muscles extrinsèques de l'œil. Le spasme s'accroît à l'approche de l'attaque, il se termine par un clignement rapide des paupières : nictitatio.

En même temps le malade éprouve dans l'œil des sensations de tiraillements, de lourdeur : « Il me semble, disait une hystérique de Charcot, que mon œil est animé de mouvements giratoires rapides dans l'orbite. »

Avec l'apparition de l'aura, les clignements des paupières

syndrome de la sclérose en plaque. Hémianesthésie gauche, anesthésie conjonctivale et pharyngée, perte du sens musculaire et articulaire dans la moitié gauche du corps : les sens spéciaux sont altérés : le goût et l'odorat sont abolis du côté gauche ; l'ouïe est très obnubilée. Le champ visuel et l'œil n'ont pu être examinés, car ce malade présente des zones rétinienues qui l'empêchent de fixer un objet, sous peine d'avoir une attaque. (Souques *Les syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière*. Thèse de Paris, 1891, p. 24.)

se précipitent, ils s'accompagnent de larmolement ; les globes sont animés de mouvements convulsifs, les pupilles étroites.

VI

MODIFICATIONS QUE L'ON OBSERVE SUR L'ŒIL PENDANT LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'ATTAQUE.

Avec la perte de connaissance arrive l'insensibilité générale ; les yeux sont convulsés en haut ou en bas. Il ne paraît pas y avoir de rapports fixes entre le sens du mouvement convulsif et l'état de sensibilité. Cependant Landolt dans l'hémi-anesthésie droite, a observé les paupières fermées, les globes convulsés en haut et à gauche, avec petits mouvements oscillatoires du globe ; plus rarement il a noté les paupières ouvertes avec les globes convulsés en haut et à gauche.

Quel est le jeu des pupilles durant les différentes périodes de l'attaque ?

A priori il semblerait que, pendant la période des grands mouvements, alors que les divers muscles du corps entrent en contraction, on devrait observer les mêmes symptômes sur les muscles oculaires et noter la contracture du sphincter irien, la période de résolution musculaire devrait s'accompagner de résolution du muscle irien, de mydriase. Dans le délire et les attitudes passionnelles, le jeu des pupilles devrait varier selon le cours des idées et les hallucinations.

Les observations des différents auteurs sont à ce sujet peu concordantes ; peut-être est-ce dû à ce que les examens ont été faits trop superficiellement. Les causes d'erreur peuvent en effet être multiples. Et d'abord nous ne voyons jamais noté l'état de réfraction de l'œil observé. Et cependant dans ces questions l'état dioptrique a quelque importance ; nous savons que l'hypermétrope, habitué à accommoder toujours, relâche

difficilement son sphincter; le myope au contraire a un muscle ciliaire très peu développé, et met facilement son accommodation au repos. Une autre cause d'erreur peut provenir de l'éclairage. Le réflexe lumineux est-il oui ou non conservé dans la crise d'hystérie ? La question est discutée. Dès lors, selon que l'on observera l'état pupillaire en pleine lumière ou dans la pénombre, on pourra trouver des variations qui dépendront uniquement des différences d'éclairage.

Enfin, souvent même en dehors de la crise, le jeu des pupilles n'est pas normal chez les hystériques.

Ces différentes causes d'erreur peuvent s'ajouter et expliquer les résultats contradictoires que nous allons exposer.

D'après Féré, au moment de la perte de connaissance, la pupille est très rétrécie; cette période de myosis est très courte et peut passer inaperçue.

Avec la période des mouvements (phase tonique et phase clonique), la pupille se dilate moyennement; vers la fin de cette période, la mydriase est alors très nette. Dans la période suivante (contorsions et attitudes passionnelles), le jeu des pupilles n'est plus soumis à des règles fixes. Les yeux expriment le sentiment qui anime le sujet, et, comme dans la suggestion provoquée, l'accommodation, autant qu'on peut en juger par les mouvements pupillaires, varie selon la distance de l'hallucination, selon que celle-ci est censée se rapprocher ou s'éloigner du sujet.

Dans l'état cataleptique, les yeux sont ouverts, doués d'un éclat insolite, le regard fixe, la pupille moyennement dilatée.

L'attaque finie, les pupilles sont un peu plus dilatées qu'à l'état normal, et paresseuses. Cet état parétique du sphincter persiste peu.

Bosc tire de ses observations des conclusions différentes :

Dans la période prodromique, il a noté trois fois sur quatre une forte dilatation.

Dans la période clonique, il a noté 66 pour 100 la dilatation, 13 pour 100 seulement la contraction.

Dans la période des contorsions la dilatation est notée huit fois, la contraction, une fois.

Dans les attitudes passionnelles et le délire, Bosc note également une dilatation considérable; au réveil, les pupilles reviendraient toujours immédiatement à leur état normal.

Dans les différentes périodes, les réflexes seraient tantôt abolis, tantôt conservés.

Dans les observations que cite Bosc, il n'est tenu compte ni de l'état de réfraction du malade, ni de l'état pupillaire habituel entre les crises.

Philipsen a observé au début de la crise une contraction pupillaire qui est vite remplacée par une dilatation avec immobilité pupillaire.

Personnellement, nous ne pouvons apporter que l'observation suivante :

II. — M^{lle} N..., âgée de vingt ans, est atteinte d'hystéro-épilepsie : zone spasmodique à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale, zones hypno-phrénatrices ovariennes; ovaire droite.

Les attaques présentaient au début les caractères typiques de l'attaque classique de grande hystérie, actuellement (après un traitement hydrothérapique d'une année) les attaques sont très rares et très courtes.

Au point de vue oculaire, on note : hypermétropie double de trois dioptries; la vision de l'œil gauche est normale, celle de l'œil droit est diminuée (r_0), peut-être surtout du fait d'albugos multiples de la cornée, traces d'une ophtalmie phycénulaire ancienne. Chromatopsie normale. OG : le champ visuel pour le blanc est un peu rétréci. Inversion complète des cercles des couleurs, qui, presque tangents, s'échelonnent dans l'ordre suivant : le vert périphérique a pour limite 55° en haut, 70° en bas, 65° en dedans, 85° en dehors; il contient le rouge plus étendu que le bleu et le blanc, qui a pour limite 45°, 55°, 60°, 60°.

OD : Le champ visuel est un peu plus rétréci qu'à gauche. Le vert

est périphérique, puis apparaissent tangents le cercle du blanc, le cercle du rouge, le cercle du bleu (V. planche I, fig. iv).

En dehors des crises, le jeu des pupilles est absolument normal.

Nous avons pu très fréquemment observer les crises de cette malade : les prodromes sont un clignement palpébral rapide avec larmoiement ; la malade est agitée et ne peut rester assise ; ces symptômes précèdent toute sensation de boule. A la période de l'aura, sensation d'étouffement ; les globes se meuvent dans tous les sens. Finalement, la malade tombe, les yeux fermés, les globes sont alors convulsés en bas, les pupilles étroites.

Pendant toute la durée de l'attaque, les pupilles restent étroites avec de légères oscillations ; la pupille est insensible à l'action de la lumière ; à mesure que nous approchons de la fin de la crise, le sphincter irien se relâche, la pupille se dilate fortement, et cette dilatation est si constante chez notre sujet qu'elle nous permet d'annoncer la fin de l'attaque. Cette dilatation pupillaire persiste, quoique pour observer notre malade nous tenions devant elle une lampe qui projette une vive lumière.

Dans la période suivante, délire et attitude passionnelle ; le jeu des pupilles n'a jamais présenté rien de régulier ; il paraît variable selon le cours des hallucinations. Cependant l'iris est paresseux ; il réagit peu sous l'influence de la lumière.

Après l'attaque, il y a toujours de la parésie du sphincter.

Il est facile, vers la fin de l'attaque (après les grands mouvements), de plonger la malade en hypnose ; le hasard nous a fait découvrir ce moyen ; il suffit de souffler dans les yeux du sujet.

La sensibilité oculaire paraît diminuer dans la crise, et, chez notre sujet de l'observation II, nous avons pu effleurer la cornée sans amener le réflexe palpébral.

Dans l'état cataleptique, l'anesthésie est encore plus marquée, et l'on peut souvent toucher impunément la conjonctive, mais, si on effleure la cornée, les paupières se ferment.

L'occlusion des yeux transforme l'état cataleptique en léthargie (Grasset, Charcot, Richer). En ouvrant un oeil et laissant l'autre fermé, on développe une hémicatalepsie et une hémiléthargie sur le même sujet (Grasset). L'action subite

d'une vive lumière peut également transformer la catalepsie en léthargie (Richer).

Dans la catalepsie (caractérisée cependant par la passivité du muscle), si, au moyen d'une pince à fixation, on attire l'œil en position de strabisme divergent, il revient presque immédiatement à sa position. Les muscles de l'œil, comme certains muscles de la face, ne conservent donc pas les attitudes communiquées. Cependant, en promenant le doigt ou un objet devant l'œil, on peut lui faire suivre les mouvements et l'arrêter dans la position choisie. La catalepsie consiste donc, pour les muscles oculaires comme pour ceux de la face, dans la mimique provoquée par tel ou tel geste (Borel).

Dans la léthargie, on observe un frémissement continu de la paupière supérieure ; mais on ne peut atteindre directement le globe, et, autant que permet d'en juger un examen fait à travers les paupières, les muscles oculaires ne paraissent pas soumis aux réactions caractéristiques de la léthargie (Borel).

VII

TROUBLES PASSAGERS QUE L'ON OBSERVE A LA SUITE DE L'ATTAQUE.

Nous avons vu qu'après la crise il existait généralement une parésie de la pupille de courte durée.

Roder a vu dans un cas persister, après l'attaque, une dilatation pupillaire rebelle à l'action de l'ésérine : elle avait apparu avant la crise ; il ne nous dit pas si la pupille resta dilatée pendant l'attaque. Il s'agissait probablement là de cette mydriase spasmodique si bien décrite par Philipsen.

Différentes contractions des muscles oculaires peuvent persister après l'attaque : la diplopie monoculaire a été signalée

associée au spasme de l'accommodation ; le strabisme spasmodique, la déviation conjuguée, ont été également observés. Roder a noté, comme trouble passager consécutif à l'attaque, l'ophtalmoplégie interne et externe complète (immobilisation du globe par contracture de tous les muscles de l'œil). Le champ visuel serait également plus rétréci à la suite des crises, sans que ce rétrécissement atteigne les proportions du rétrécissement que l'on observe à la suite des crises d'épilepsie.

Galezowski range les hallucinations de la vue parmi les troubles visuels des hystériques ; ce sont plutôt des troubles psychiques. Les hallucinations de la vue figurent quelquefois parmi les signes prodromiques de l'attaque ; elles persistent après l'attaque, constituant le délire hystérique : elles surviennent aussi pendant les intervalles lucides.

Chez le même sujet, l'objet de l'hallucination est constamment le même. Il revêt l'aspect d'une traînée de flamme, d'un globe de feu, de figures grotesques variées, de cadavres d'animaux (zoopsie). Ces différentes figures prendraient uniformément la teinte rouge, couleur préférée des hystériques (Rouffinet).

Ces hallucinations ont été réduites à trois types de sujets bien nets : scène passionnelle, scène érotique, zoopsie.

Les hallucinations entrant dans ce dernier groupe se rapprochent de celles des alcooliques, avec ce caractère différentiel que, dans l'hystérie, les animaux sont vus lumineux. En outre, ils se présentent toujours du même côté chez chaque hystérique, et du côté qui correspond à l'hémianesthésie.

VIII

LA FONCTION OCULAIRE PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE ET L'ACTION DE LA SUGGESTION SUR LA FONCTION VISUELLE.

A. — La fonction oculaire pendant l'hypnose

Pendant le sommeil hypnotique, les yeux sont habituellement fermés ; ils peuvent cependant être entr'ouverts ou ouverts complètement sans clignotement des paupières, mais on constatera rarement ce fait en dehors de l'injonction préalable faite au sujet

« Il est impossible, dit Richer, de formuler une règle générale au sujet de l'état des divers sens pendant l'hypnotisme : ils peuvent être complètement abolis ; ils peuvent être conservés intacts ; ils peuvent être affaiblis ou exaltés jusqu'à un degré extrême. »

« L'hyperesthésie hypnotique, dit Azam, porte sur tous les sens, sauf celui de la vue. » Cette opinion paraît erronée, et, dans l'hypnose, la vue comme les autres sens peut acquérir une hyperacuité remarquable. Depuis longtemps on a noté que le sujet en état d'hypnose, les paupières paraissant complètement fermées, voit cependant très bien à travers une imperceptible fente palpébrale.

Il y a donc un état hyperesthésique de la rétine qui a pour effet de la rendre plus sensible aux moindres rayons lumineux.

L'expérience suivante de Charcot en est un exemple typique. Sur une carte blanche à l'envers de laquelle on a noté un point de repère on suggestionne à la malade l'existence d'un portrait ; elle le voit avec tous ses détails. Si, après lui avoir

pris cette carte, on la lui rend, en ayant soin de renverser l'image figurée, immédiatement elle la remet dans le sens primitif. Si on met cette carte au milieu d'autres semblables, elle la retrouve avec son image figurée.

Il faut admettre (outre la persistance de l'image rétinienne) une hyperacuité visuelle singulière qui permet à l'œil de saisir des détails qui lui échapperaient à l'état normal et qui, faisant corps alors avec l'objet supposé, servent de point de repère.

A l'appui de ces faits, Binet a observé que, chez un sujet passant de l'état normal à l'état d'hypnose, on pouvait voir une augmentation de l'acuité (d'un demi elle passait à deux tiers).

« A l'état d'hypnose, dit Königshöfer, le réflexe pupillaire (soit que l'accommodation seule intervienne, soit que l'action lumineuse seule soit en jeu) est plus lent à se produire qu'à l'état normal. Pour ce qui concerne l'accommodation dans la vision à distance, il me semble que le relâchement du muscle ciliaire est plus accentué dans l'hypnose que normalement, de sorte que *l'hypermétrope verrait ainsi son amétropie accrue, le myope au contraire sa myopie diminuée.* »

Cette détente de l'accommodation pendant l'hypnose pourrait expliquer l'augmentation de l'acuité. En effet, beaucoup de sujets hystériques ont leur acuité diminuée par l'état de contracture permanent du muscle accommodateur, créant ainsi une myopie factice, une myopie de courbure ; la contracture de l'accommodation disparaissant pendant l'hypnose, il n'est pas étonnant que l'acuité soit augmentée.

Les recherches de Sciamina et Parisotti les ont cependant amenés à des conclusions différentes ; ils ont trouvé dans l'hypnose une augmentation constante de la réfraction pouvant atteindre deux dioptries au maximum.

D'Abundo a constaté durant la phrase somnambulique la dilatation du champ visuel. Dans l'amblyopie hystérique, Lau-

fenauer a vu le champ visuel s'élargir jusqu'à atteindre les limites normales.

Nous avons examiné chez la malade de l'observation VI le champ visuel à l'état de veille et à l'état d'hypnose. A l'état de veille, nous avons à gauche un rétrécissement concentrique à 15° , à droite un rétrécissement à 45° . Pendant l'hypnose, le champ visuel OD est redevenu à peu près normal, le champ visuel de l'œil gauche s'est étendu à 60° en dehors et 45° dans les autres directions (V. planche II, fig. VIII et IX). Le champ visuel des couleurs s'élargissait aussi; mais les cercles colorés conservaient leur tassement et leur inversion caractéristique.

Nous avons répété l'expérience sur la malade de l'observation XI.

Le champ visuel de l'œil droit, qui à l'état de veille n'était plus mesurable, s'est élargi pendant l'hypnose jusque à 65° en dehors, et 45° dans les autres directions.

Luys et Bacchi ont étudié à l'ophtalmoscope les changements que l'on remarque dans l'œil pendant les différentes phases de l'hypnose. Leurs expériences ont porté sur 9 sujets: 6 hommes et 3 femmes. Dans la période cataleptique, les pupilles ont pris une coloration rosée; les trois zones concentriques de la rétine ont perdu la netteté de leurs contours; les veines et les artères augmentent de volume.

Cet état hyperémique du fond de l'œil a persisté tout le temps que le sujet est resté en catalepsie, l'iris dilaté étant immobile. Les mêmes phénomènes ont été observés dans la phase de fascination.

Dans l'état somnambulique, les artères et les veines étaient encore volumineuses, la coloration de la pupille avait diminué d'intensité; l'iris était sensible à l'action de la lumière.

B. — Action de la suggestion hypnotique sur la fonction visuelle

I. — PERCEPTION VISUELLE

a) *Cécité binoculaire.* — Fontan l'a produite en disant simplement à un sujet hypnotisé : « A votre réveil vous ouvrirez les yeux, mais vous n'y verrez plus. » Le jeu des pupilles est intéressant à noter. Fontan a constaté que, dans cette cécité par suggestion, comme dans l'amaurose pathologique, les pupilles étaient dilatées. Une lumière placée brusquement devant l'œil fait contracter l'iris, puis lentement la mydriase se produit, quoique le foyer lumineux reste rapproché.

La cécité de ces sujets n'est pas simulée. En effet, si on approche un tison enflammé, le sujet n'éprouve aucune frayeur, mais il cherche au bout de quelques instants d'où vient la chaleur. Si on le force à marcher, il se conduit comme un aveugle, se heurtant à tout ce qui est sur son passage.

Dans ces cas d'amaurose par suggestion, Sciamina et Parisotti ont vu se produire l'hyperesthésie de la cornée et de la conjonctive.

b) *Cécité monoculaire.* — Fontan a produit la cécité monoculaire de la même façon ; dans ces cas, le sujet ne s'aperçoit pas spontanément de son infirmité, ses yeux convergent d'une façon normale ; interpellé par une personne placée du côté aveugle, il se retourne brusquement, s'étonnant de ne pas l'avoir vue.

Fontan en conclut : « Les suggestionnés n'y voient pas, parce que la suggestion a frappé d'inhibition un point vraisemblablement cortical qui préside à la perception consciente ; la perception brute, mésencéphalique ou ganglionnaire, s'accomplit encore comme chez les pigeons que Flourens privait de leurs hémisphères.

Le réflexe iridien persistant prouve bien que cette perception mésentéphalique existe, mais la perception consciente est abolie, et cette suppression de la conscience enlève précisément à l'expérimenté la notion de la lacune qu'il subit. »

La suggestion pourrait non seulement neutraliser la perception visuelle, mais aussi l'accroître :

« La suggestion, dit Cuignet, peut porter ses effets sur la réfraction, sur l'acuité dans le sens d'une exaltation de la perception visuelle; ainsi des sujets très myopes acquièrent dans l'état de suggestion une portée double, c'est-à-dire qu'ils éloignent leur *punctum remotum* à trente ou trente-cinq centimètres alors qu'il n'était qu'à vingt-cinq. Une femme placée devant une feuille de papier blanc a pu reconnaître une personne placée derrière elle comme si elle avait passé devant un miroir. »

II. — CHAMP VISUEL

Nous avons constaté durant la phase somnambulique la dilatation du champ visuel; D'Abundo, Lafenauer, ont observé que la dilatation persistait au réveil, si l'ordre en était donné pendant le sommeil. La dilatation s'obtenait encore à l'état de veille par suggestion verbale. D'Abundo explique ce phénomène par l'hyperesthésie rétinienne; il a également obtenu des phénomènes hémianopsiques durant le sommeil, à l'état de veille et à distance.

Morawcsick, expérimentant sur une hystérique hémianesthésique avec rétrécissement concentrique, a étudié l'influence sur le champ visuel de différentes excitations périphériques (contact d'objets chauds, réfrigération, diapason) et des suggestions.

Il a trouvé que les excitations périphériques élargissent considérablement le champ visuel; cet élargissement est notable

à l'état de veille, mais il est surtout marqué pendant l'état d'hypnose. L'élargissement peut alors atteindre jusqu'à 30 degrés. Les suggestions tristes rétrécissent le champ visuel ; les suggestions gaies l'augmentent, au point que son étendue dépasse les limites normales.

Ces variations observées par Morawcsick étaient plus accusées du côté de l'hémianesthésie.

Sciamina et Parisotti ont trouvé un agrandissement du champ visuel pour les couleurs, quand on suggérait au malade que cette couleur était blanche. Inversement le champ visuel pour le blanc se rétrécissait, lorsqu'on suggérait au malade que le petit carré blanc était d'une autre couleur.

III. — PERCEPTION DES COULEURS

« Indépendamment des types définis de dyschromatopsie, dit Fontan, on peut imposer aux suggestionnés toutes les confusions, toutes les perturbations du sens des couleurs à son gré, et sans que la plupart de cas de ces désordres puissent être soumis à l'analyse. »

« Je puis confirmer, dit Königshöfer, que par hypnose on peut produire l'amblyopie et l'amaurose complète, ainsi que toutes les hallucinations de la vue. Mais l'opinion soutenue par certains auteurs, qu'on peut également obtenir la cécité des couleurs, est pour moi une erreur et une fausse interprétation des expériences.

» On dit au sujet hypnotisé qu'il ne pourra plus distinguer le rouge et le vert ; ces couleurs sont confondues quand on les lui présente. A l'épreuve d'Holmgren il met ensemble les paquets rouges et les paquets verts. Mais si l'on fait l'examen à la méthode d'Holmgren plus exactement, si présentant au sujet un paquet de laine verte, sans lui spécifier la désignation de la couleur, on lui ordonne de choisir tous les

paquets de même nuance, il choisit seulement exactement les paquets verts. Ce n'est donc pas l'impression produite par la couleur qui est neutralisée, mais c'est la désignation de la couleur, l'idée rouge ou verte qui est abolie. »

Nous avons repris ces expériences avec M. le Dr Bosc, sur l'hystérique du service de M. le Pr Carrieu, dont l'observation est rapportée au n° VI. Pendant l'hypnose, nous lui suggérons qu'à son réveil elle ne distinguera plus le rouge, ni le vert (nous avons choisi ces deux couleurs comme étant celles dont nous possédions les échantillons les plus variés dans notre boîte de laine). Le sujet est réveillé, et nous lui présentons des écheveaux rouges et verts; après un moment de réflexion elle nous déclare les voir blancs. Nous lui donnons un écheveau vert et la prions de choisir tous les paquets de même couleur. Sans hésitation, elle rassemble en un seul paquet les écheveaux rouges, verts, blancs. Nous lui présentons un écheveau rose, lui demandant pourquoi elle ne l'a pas mis avec les autres : « Il n'est pas blanc, nous répond-elle, il est rose. » Un écheveau vert-jaune la fait hésiter un moment, puis elle le rejette parmi les jaunes.

Nous avons répété la même expérience sur un autre sujet (obs. XI), nous lui abolissons la vision du rose et du vert : réveillée, elle voit ces deux couleurs gris foncé; nous lui présentons un écheveau de laine verte, lui demandant de nous choisir tous les écheveaux de laine de même couleur : elle rassemble immédiatement en un paquet les écheveaux gris, roses et verts.

Ce n'est donc pas, comme le dit Königshöfer, la désignation de la couleur qui est abolie par la suggestion, mais bien la perception cérébrale de cette couleur.

Richer fait remarquer que les hallucinations colorées n'existent que pour l'œil qui n'est pas achromatopsique; une hystérique ne pourra par suggestion avoir la perception d'une

couleur, pour laquelle elle est aveugle. Si un œil est achromatope pour telle couleur, cette couleur ne sera perçue en hallucination que lorsque l'autre œil sera ouvert. Si l'achromatopsie existe pour les deux yeux, on ne pourra suggérer au sujet la notion de cette couleur.

« B... à l'état de veille est achromatopsique de l'œil droit. Pendant l'état cataleptique, en lui maintenant l'œil gauche fermé, nous lui faisons voir une troupe d'oiseaux. A nos questions sur la couleur de leur plumage, elle répond qu'ils sont tous blancs ou gris. Si nous insistons en lui affirmant qu'elle se trompe, que les uns sont blancs, les autres rouges ou jaunes, elle nous soutient qu'elle ne voit que des oiseaux blancs ou gris. Mais les choses changent si, à ce moment, nous découvrons l'œil gauche. Aussitôt elle s'extasie sur la variété et l'éclat de leur plumage, où toutes les couleurs se trouvent réunies.

Ce phénomène n'a rien d'absolu : « Les relations, dit Richer, entre les phénomènes hallucinatoires et l'intégrité de l'appareil sensoriel sont loin d'être constantes ; nous ne pouvons à cet égard poser de règle générale et faire de la persistance des sens une condition nécessaire de la production des hallucinations. »

Il cite l'expérience suivante, qui est en contradiction avec la précédente.

W... a perdu la vision du violet pour les deux yeux, et en plus l'œil gauche est achromatope pour le bleu, le vert et le jaune. On lui donne une hallucination pendant l'état somnambulique, l'objet est coloré en gris, mais on peut faire revêtir à l'image hallucinatoire les couleurs rouge, bleue, verte. L'occlusion alternative de l'un ou de l'autre œil ne change en rien les couleurs de l'image hallucinatoire, et l'œil achromatopsique voit aussi bien que l'autre les couleurs imaginaires ; le violet est la seule couleur dont il ne soit pas possible de provoquer la sensation.

Il ne reste donc constant qu'un phénomène, c'est que quand les deux yeux sont achromatopes pour une couleur, on ne peut

par suggestion faire naître chez le sujet la notion de cette couleur.

Cependant, d'après les expériences de Charcot, les couleurs pour lesquelles un sujet est aveugle pourraient, dans l'état d'hypnose, être perçues, mais seulement comme couleurs supplémentaires.

« A un sujet endormi achromatope pour le vert, on montre une carte blanche, sur laquelle on fait voir par suggestion une croix rouge; puis, à cette carte blanche, on substitue brusquement une autre carte blanche, et sur celle-ci le malade déclare voir une croix verte, c'est-à-dire la couleur complémentaire du rouge. En multipliant les expériences, on lui fait voir les autres couleurs complémentaires qu'elle indique avec une parfaite assurance. »

IV. — ACCOMMODATION ET ADAPTATION PUPILLAIRE

Dans la suggestion hypnotique, quand un sujet croit voir un objet, son œil s'accommode pour la distance à laquelle est censé se trouver l'objet indiqué. Féré avait noté ces mouvements d'adaptation de la pupille selon que l'objet se rapproche ou s'éloigne.

Voici comment Fontan l'a contrôlé. Le sujet, un vieux marin, est endormi, et pendant le sommeil Fontan lui dit : « A votre réveil, vous verrez et entendrez tout ce que je vous dirai de voir et d'entendre. »

Le sujet était assis en face d'un mur blanc situé à 3 m. 50. « Regardez ce mur, dit Fontan, il est bien blanc. » Les pupilles étaient à ce moment contractées. « Le mur s'ouvre, on voit la mer, l'horizon, n'y a-t-il pas un navire à l'horizon ? » Et le sujet de regarder au loin dans la direction qu'indique l'expérimentateur, *les pupilles très dilatées*. « Oui, c'est un paquebot, dit le sujet, il avance, quelle vitesse, il vient sur

nous, il n'est plus qu'à deux encablures. » Les pupilles sont modérément contractées. Et alors le sujet, emporté par son hallucination, s'élance en criant les commandements destinés à éviter l'abordage : « Machine en arrière, tribord, toute... »

Dans une autre expérience, on disait au sujet : Le mur est éloigné, mais il se rapproche, il est tout près, vous le toucheriez avec la main ; il est à quelques centimètres de votre visage. Et les yeux de converger comme s'ils regardaient un objet à 10 ou 12 centimètres, les pupilles sont très resserrées. Si on fait éloigner le mur, la convergence diminue, la pupille prend une dilatation modérée.

Ces mouvements pupillaires correspondent-ils à un changement de réfraction ? C'est ce que nous avons pu vérifier sur une de nos malades (obs. II).

A la fin des attaques, on la plonge dans l'hypnose en lui soufflant sur les yeux.

Le sujet a alors les yeux fermés, mais sur notre indication il les ouvre. Regardez le plafond, lui disons-nous, de quelle couleur est-il ? Elle lève les yeux, ses pupilles contractées se dilatent. Nous lui faisons voir un oiseau, il s'approche, il est presque sur son nez ; les yeux convergent vers le point indiqué, les pupilles se contractent, en même temps la kératoscopie indique une augmentation de la réfraction de plus de 3 dioptries. L'oiseau s'éloigne, il est si loin qu'il est imperceptible. Les globes redeviennent parallèles, mais les pupilles restent contractées. C'est qu'en effet la malade est hypermétrope de 3^a ; quand elle veut regarder et distinguer un objet éloigné, elle a l'habitude d'accommoder. Quand nous lui faisons regarder le plafond sans lui désigner un objet à distinguer, ses pupilles se dilatent ; mais dès qu'il s'agit de distinguer les objets, l'accommodation entre en jeu.

Il nous a paru curieux de voir si, suggérant à un sujet la paralysie de l'accommodation, le muscle ciliaire restait vrai-

ment inactif, ou bien si, sa fonction étant abolie, son fonctionnement est conservé.

La malade de notre observation VI est endormie par M. le Dr Bosc. Nous lui suggérons que sa vue restera nette pour les objets éloignés ; mais quand ceux-ci se rapprocheront de son œil, quand ils arriveront à la portée de sa main, elle ne les distinguera plus. La malade n'ayant pas compris la suggestion, nous sommes obligés de la lui répéter dans une seconde hypnose. Au réveil, elle voit comme à l'ordinaire les objets qui sont devant elle ; mais, dès qu'on les approche à 0^m,50, elle ne les distingue plus. Sa main placée devant son œil n'est plus perçue ; elle tourne les yeux dans la direction du point où celle-ci se trouve, mais déclare ne pas la voir : nous savons que cette malade a 3 dioptries d'hypermétropie ; nous la faisons regarder au loin et constatons l'existence actuelle de cette hypermétropie ; nous lui faisons alors fixer sa main à 0^m,40 environ (ou plutôt la place où elle sent que sa main se trouve) ; nous constatons alors à la kératoscopie 2 dioptries de myopie. Elle a donc accommodé de 5 dioptries. Le muscle ciliaire n'est donc pas paralysé, quoique sa fonction soit abolie.

V. — LES HALLUCINATIONS DE LA VUE

Ces impressions visuelles que l'on produit par suggestion, on peut facilement les rendre permanentes, les changer en hallucinations.

W....., nous dit Richer, a durant l'état de veille une certaine difficulté à reconnaître les couleurs complémentaires par le procédé classique de l'image consécutive. Pendant l'état de somnambulisme, l'image consécutive est facilement et rapidement reconnue. Bien plus, on peut faire persister cette image, et le carré vert (image consécutive du rouge)

continue à être vu bien que le carton soit enlevé. — De même, on peut continuer à lui faire voir un objet quelconque, un livre, alors qu'il est couvert par un écran, ou qu'il a été retiré.

Richer en conclut à la persistance de l'impression sensorielle sous forme d'image consécutive.

Pour démontrer mieux l'existence de cette image visuelle d'un objet en dehors de sa présence, il fait l'expérience suivante : « L'attention du sujet ayant été attirée sur un objet, on maintient fermé avec la main ou un bandeau un de ses yeux. — En plaçant un prisme devant l'œil resté ouvert, le malade déclare voir deux objets. »

Ce fait est extraordinaire, car le prisme dans la vision monoculaire a bien la propriété de dévier les objets, mais non de les dédoubler ; cependant nous devons l'accepter, Richer l'ayant répété un nombre suffisant de fois pour mettre son existence hors de doute. — Comment expliquer ce fait ?

Voici l'interprétation qu'en donne Richer : « L'impression ou image visuelle déterminée par la vue d'un objet peut persister chez le somnambule après la soustraction de cet objet. — Lorsque nous plaçons un prisme devant l'œil qui fixe un objet, les rayons lumineux qui partent de l'objet pour former son image sur la rétine sont déviés et vont former une nouvelle image sur un autre point de la surface rétinienne. — Pour nous, l'interposition du prisme nous donne l'illusion du déplacement de l'objet ; mais chez notre somnambule, si la première image persiste à l'état d'image consécutive, il est tout naturel qu'au lieu de voir l'objet se déplacer, elle voie deux images du même objet, l'une qui ne subira aucun changement, et l'autre qui viendra se placer dans la direction prolongée des rayons réfractés. »

Cette explication est jusque-là fort plausible, malheureusement la suite de l'expérience l'infirmes singulièrement.

« Mais ce n'est pas tout, dit Richer, cette seconde image peut être fixée par la suggestion, si pendant que le prisme est maintenu devant l'œil et que le sujet a conscience de voir deux objets, nous lui affirmons qu'il continuera à voir ces deux objets. La soustraction du prisme ne change rien à cet état de choses et la malade déclare toujours voir deux objets. — Qu'advient-il alors, si nous plaçons de nouveau le prisme devant l'œil en expérience ? Le malade déclare voir quatre objets. »

Ceci infirme complètement l'interprétation de Richer. En effet, si cette explication était vraie, l'interposition du prisme à ce moment ne devrait pas faire apparaître quatre images, mais seulement trois : deux persistant et une troisième étant donnée par une autre partie de la rétine sur laquelle le prisme a dévié les rayons de l'objet réel.

Dans la vision binoculaire, le prisme, la pression d'un des globes dédoublent les hallucinations provoquées, comme s'il s'agissait d'images réelles. Une jumelle de théâtre grossit ou rapetisse les objets hallucinés, selon que l'on présente au sujet l'une ou l'autre des extrémités de l'appareil (Richer).

Une particularité singulière de ce dédoublement des images sous l'influence du prisme a été signalée par Richer et Féré.

On montre à la malade, pendant l'état de somnambulisme, une carte blanche, en lui disant que sur cette carte se trouve un portrait qu'elle ne peut distinguer que de l'œil droit. La malade alors, de l'œil droit, perçoit le portrait suggéré, et si on lui ferme brusquement cet œil, elle est toute interloquée de ne plus voir de l'œil gauche qu'une carte entièrement blanche. Si on interpose un prisme, la carte est dédoublée et aussi le portrait. Mais que l'on mette le prisme devant l'œil droit (celui qui percevait le portrait), ou que l'on mette le prisme devant l'œil gauche (celui qui ne percevait que le carton blanc), *dans les deux cas le carton réel dédoublé apparaît porteur du*

même portrait. Si, variant l'expérience, on fait voir à chaque œil successivement un portrait différent, dans la vision binoculaire les deux images apparaissent enchevêtrées mais non confondues. Par l'interposition d'un prisme devant un œil, l'objet réel, le carton est dédoublé, mais les images différentes appartenant à chacun des deux yeux ne sont pas séparées ; elles apparaissent toujours entremêlées sur le même carton ; seulement le malade affirme en voir autant sur l'image du carton dévié par le prisme ; au lieu de deux, elle en voit quatre.

Richer en conclut que ces images sont purement cérébrales. Si en certaines circonstances l'image hallucinatoire est dédoublée par le prisme, c'est d'une façon indirecte et par un mécanisme qui a son origine dans un mélange d'hallucination et de réalité. Le sujet est induit en erreur par le fusionnement qui se fait entre l'image hallucinatoire (le portrait) et l'objet réel (le carton). L'interposition du prisme dédouble l'objet réel, l'image hallucinatoire partage le sort de l'image sensorielle vraie, avec laquelle elle est confondue.

VI. — DE L'ACTION DE LA SUGGESTION SUR LES MUSCLES OCULAIRES.

L'action de la suggestion sur les muscles oculaires, la reproduction artificielle des contractures ou paralysies des muscles oculaires avait été ébauchée par Fontan ; elle a été reprise avec beaucoup plus de détail par Borel.

a) *Blépharospasme.* — Le ptosis est facile à obtenir par suggestion : le sujet endormi, on lui ferme l'œil en lui disant : « A votre réveil vous ne pourrez plus l'ouvrir », et à son réveil le sujet est atteint de ptosis.

Il s'agit d'une contracture de l'orbiculaire, et non d'une paralysie du releveur de la paupière. On constate en effet les

phénomènes suivants : frémissement des paupières, avec légère contraction de la paupière inférieure, une légère résistance quand on essaie d'ouvrir l'œil ; le malade couché, si l'on ouvre la paupière elle se referme plus brusquement que dans les cas de paralysie du releveur.

Laufenauer, par le diapason, a obtenu la fermeture des paupières, le spasme de l'orbiculaire, le nystagmus.

Borel fait judicieusement remarquer qu'on ne peut, par la suggestion, obtenir la dissociation du ptosis spastique et du ptosis paralytique. En effet, tout ce qu'on peut suggérer au malade, c'est l'impossibilité d'ouvrir l'œil ; à lui de réaliser ce phénomène. Il a deux processus à sa disposition pour arriver à ce résultat : paralysie du releveur et spasme de l'orbiculaire ; auquel a-t-il recours ?... Peut-être à tous les deux.

b) *Strabisme*. — Le strabisme convergent a été assez facilement produit par Fontan ; le malade réveillé se plaint d'une constriction violente et se désole de loucher.

Borel a constaté que la diplopie homonyme était proportionnelle au degré du strabisme et qu'elle variait d'un moment à l'autre. La motilité en dehors était tantôt normale, tantôt diminuée. Dans un cas, Borel a observé l'immobilité de l'œil frappé de strabisme, pendant que l'autre se mouvait dans le sens latéral. Les variations de la diplopie, les oscillations observées sur les strabiques, indiquent nettement que le spasme seul est en cause, et nous ne comprenons pas pourquoi Borel veut faire intervenir l'élément paralytique.

Le strabisme divergent est plus difficile à obtenir, et ce n'est qu'après de nombreuses tentatives vaines que Borel a pu le produire. Il était peu apparent et disparaissait spontanément : « Malgré cela, ajoute Borel, connaissant la persistance de la déviation en dehors, une fois qu'elle existe nous n'avons point insisté de peur de faire courir des risques à nos malades. »

On connaît en effet la tendance qu'ont les affections hystériques à devenir permanentes, si on ne les enlève à temps.

Borel a également obtenu l'immobilisation de l'œil en position conjuguée, mais il n'a pas insisté sur cette dernière expérience. Berger avait indiqué qu'on pouvait l'obtenir par friction faite avec un doigt chaud auprès de l'œil.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE DE L'ŒIL HYSTÉRIQUE PATHOLOGIQUE

- I. — Amblyopie hystérique :
 - 1° Amblyopie hystérique simple ;
 - 2° Amblyopie hystérique sympathique ;
 - 3° Amaurose hystérique ;
 - 4° Nature de l'amblyopie hystérique.
- II. — 1° Kôpiopie ;
 - 2° Migraine ophtalmique hystérique.
- III. — Affections hystériques des muscles de l'œil,
 - A.— Muscles extrinsèques :
 - 1° Nystagmus ;
 - 2° Blépharospasme ;
 - 3° Strabisme spastique ;
 - 4° Déviation conjuguée hystérique ;
 - 5° Strabisme paralytique ;
 - 6° Insuffisance de convergence ;
 - 7° Perte du sens musculaire ;
 - 8° Ophtalmoplégie.
 - B.— Muscles intrinsèques :
 - 1° Paralysie et contracture du muscle accommodateur ;
 - 2° Paralysie et contracture de l'iris.
- IV. — Lésions oculaires organiques de nature hystérique.

I

AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE

Nous trouvons chez les hystériques, dans la membrane sensitive profonde de l'œil: dans la rétine, des troubles de

sensibilité analogues à ceux que l'on observe sur l'enveloppe cutanée; seulement, dans l'organe visuel, leur étude est plus précise, leurs caractères sont mieux déterminés. Ils affectent les mêmes formes que sur la surface du corps, forme anesthésique, forme hyperesthésique.

L'hyperesthésie rétinienne s'accompagne de troubles douloureux constituant cette affection que l'on a appelée kopio-pie. L'anesthésie rétinienne, l'anesthésie optique, constituent l'amblyopie hystérique dont Parinaud a donné, il y a quelques années, une étude très complète.

I. — AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE SIMPLE

L'amblyopie hystérique est caractérisée par la diminution de l'acuité avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie. Elle est souvent accompagnée d'un trouble particulier de la vision : la polyopie monoculaire. Son début passe généralement inaperçu ; les malades ne soupçonnent pas leur trouble visuel.

D'après Pichon, l'amblyopie serait toujours accompagnée de troubles correspondants de la sensibilité générale.

Elle est monoculaire ou binoculaire; elle est généralement plus marquée d'un côté que de l'autre, cependant on peut trouver l'amblyopie également développée dans chaque œil.

Chez les hystériques hémianesthésiques, les troubles amblyopiques siègent généralement du côté de l'hémianesthésie; néanmoins, l'autre œil présente souvent des lésions analogues, mais presque toujours elles sont moins marquées. Cependant, dans l'observation suivante, nous voyons que l'œil opposé est sain.

III. — G..., quarante-trois ans, après morsure par un chien enragé et traitement Pasteur, a présenté des troubles décrits par M. Grasset sous le nom d'hystérie rabiforme (in *Semaine médicale*, 22 juillet 1891, page 289).

Nous avons examiné ce malade au point de vue oculaire le 7 mai 1892. Hémianesthésie droite.

OD : Insensibilité conjonctivale complète ; la cornée est anesthésiée dans toute son étendue. Le réflexe lacrymal persiste. Cet œil distingue la clarté, mais ne compte pas les doigts. Achromatopsie complète. Le rouge est vu rose ; le rose et le jaune sont vus blanc, le bleu et le vert sont vus noir.

L'œil gauche a une vision normale, pas d'achromatopsie ; le champ visuel pour le blanc est à peu près normal ; les champs visuels du bleu et du rouge sont plus étendus que le champ visuel du blanc (V. planche I, fig. ii).

Hypermétropie de 2 dioptries ODG ; pas de lésions du fond de l'œil.

En mettant devant l'œil gauche un prisme de façon à dévier les images, on crée la diplopie ; si on lui présente alors un carré blanc, il voit deux carrés blancs ; si au carré blanc on substitue des cartons violets, verts, jaunes, bleus, il voit les deux images avec leur couleur respective, aussi bien celle fournie par l'œil droit achromatope que celle fournie par l'œil gauche.

Le caractère essentiel de l'amblyopie hystérique, c'est de ne s'accompagner, à quelque degré qu'elle se présente, d'aucune lésion du fond de l'œil décelable à l'ophtalmoscope.

Le plus généralement, l'amblyopie hystérique se développe insidieusement ; d'autres fois, elle apparaît brusquement à la suite d'une attaque ou sans raison appréciable.

Sa durée est variable de quelques heures à des années.

Souvent elle disparaît peu de temps après s'être développée pour revenir quelques jours après ; ces réapparitions successives se rencontreraient surtout chez les enfants.

Parinaud a noté que, pour un trouble fonctionnel qui ne semble lié à aucune lésion organique, elle a des caractères de fixité remarquables. On la retrouve quand les autres symptômes nerveux, auxquels elle est souvent associée, ont disparu. Parinaud l'a vue persister depuis quarante ans chez une malade pensionnaire de la Salpêtrière, qui depuis longtemps n'avait plus de crises.

L'amblyopie hystérique éprouve de grandes variations sous l'influence des crises convulsives qui l'aggravent, du traitement qui l'atténue ou la fait disparaître.

Étudions séparément les différents symptômes de l'amblyopie hystérique.

a) *Acuité visuelle.* — D'après Parinaud, la perception des formes est peu intéressée, l'acuité est surtout modifiée par les troubles de l'accommodation. De loin, la vision est généralement mauvaise, même après correction par les verres; mais si l'on cherche l'acuité de près, on trouvera un point où elle est sensiblement normale. Le sujet lira de petits caractères, quoique présentant de loin une diminution considérable de la vue et un champ visuel très rétréci. C'est qu'en effet l'état de contracture du muscle accommodateur amène la confusion du Pp et du Pr en un point assez rapproché et variable selon le degré de la contraction.

Cette très bonne description s'applique à un très grand nombre de cas.

Mais nous devons distinguer deux ordres de faits un peu différents de ceux-ci.

Dans les premiers, l'acuité visuelle est diminuée de loin; elle n'est améliorée par aucun verre. Même de près elle est encore très défectueuse. Dans ces cas, la contracture de l'accommodation ne paraît pas être en jeu, et l'état amblyopique résulte de troubles plus complexes. Ces faits nous ont paru assez rares. L'observation V en est un exemple; elle nous montre l'amblyopie associée à des phénomènes kopiopiques.

Dans un troisième ordre de faits, nous trouvons une acuité absolument normale, et l'amblyopie est caractérisée seulement par la dyschromatopsie et le rétrécissement du champ visuel.

Le rétrécissement du champ visuel peut également exister seul, sans autres troubles de l'organe de la vision.

Enfin, il existe quelquefois, dans la perception des objets, des troubles qu'on a désignés sous le nom de macropsie et de micropsie. Dans les premiers, les objets sont vus plus gros qu'ils ne le sont réellement; dans les seconds, les objets sont vus plus petits. Et la dimension relative des objets paraît varier, augmenter ou diminuer, selon que l'objet s'éloigne ou se rapproche de l'œil.

IV. — B... (Louis), vingt ans, serrurier. Entré le 7 juin au service de M. le professeur Grasset. Il a déjà été en traitement chez M. Pitres, à Bordeaux. Anesthésie complète de tout le corps; zones hystérogènes multiples; abolition du réflexe pharyngé.

Anesthésie des conjonctives palpébrales et bulbaires.

VOD = 1/100; VOG = 1.

OG: Micropsie: les objets diminuent de volume à mesure qu'on les éloigne de l'œil, jusqu'à la distance de 0^m,50; là, leur volume paraît diminué de moitié; pas de polyopie.

OD: Achromatopsie pour le vert, le jaune et le rouge.

Le champ visuel OD n'est pas appréciable.

Le champ visuel de l'œil gauche est rétréci à 40°, avec inversion des couleurs, le vert étant devenu couleur périphérique.

b) *Dyschromatopsie*. — Les troubles de la perception des couleurs sont fréquents dans l'hystérie; l'achromatopsie (cécité pour une couleur), la dyschromatopsie (difficulté dans la perception des couleurs), sont les deux formes que peut accuser cette perversion visuelle.

La première de ces deux formes est la plus caractéristique; la dyschromatopsie est en effet difficilement appréciable, et on ne peut exactement déterminer son degré.

La vision des couleurs disparaît chez les hystériques suivant certaines règles. Charcot distingue dans l'ordre de disparition deux séries: la série bleue, la série rouge. Dans la première série, le violet disparaît le premier; les autres couleurs cessent d'être perçues dans l'ordre suivant: vert, rouge, jaune, bleu. Dans la série rouge, le rouge est la dernière cou-

leur qui soit perçue par le sujet. Les hystériques femmes conserveraient assez souvent la vision pour le rouge, les hystériques mâles plutôt la vision pour le bleu.

Ces règles, tout en s'appliquant à la majorité des cas, n'ont rien d'absolu : en effet, nous voyons dans l'observation III la série rouge chez un homme.

Les observations V et VI entrent dans les règles de Charcot. L'observation IV y fait exception.

Pour Rosenstein, l'ordre de disparition des couleurs est un peu différent. Le vert ou le violet disparaîtraient les premiers ; suivent le rouge, l'orangé, le jaune, le bleu.

Quand l'achromatopsie est totale, les objets sont vus sous une teinte uniforme, gris ou sépia.

Svynos fait remarquer que les troubles chromatopsiques n'ont pas une grande fixité et peuvent varier d'un jour à l'autre.

Cette achromatopsie hystérique ne tient pas du tout au rétrécissement du champ des couleurs amenant leur disparition méthodique. En effet, dans ces cas, l'ordre de disparition devrait être toujours le même, les couleurs les premières à disparaître seraient celles dont le cercle visuel est le plus rétréci, ce serait donc le vert d'abord, puis le rouge, puis le bleu. Mais nous verrons que dans l'hystérie le rétrécissement du champ visuel n'atteint pas également toutes les couleurs, que le blanc est généralement plus rétréci que le bleu et le rouge, que les cercles des couleurs sont intervertis, et que quelquefois le champ visuel de certaines couleurs s'y rencontre plus étendu que normalement.

Hilbert a signalé dans l'hystérie ce trouble particulier de la vue qu'on a désigné sous le nom d'*érythropsie* et qui consiste en une teinte uniformément rouge que revêtent tous les objets.

Regnard a noté un curieux caractère de l'achromatopsie

hystérique: c'est la recombinaison des couleurs sur le disque de Newton. Une hystérique atteinte d'achromatopsie pour le vert regardant un disque en rotation composé de tranches vertes et de tranches rouges devrait percevoir le disque complètement rouge, et cependant elle perçoit le disque blanc, couleur qui est la résultante du rouge et du vert.

La vibration verte arrivant au centre n'est pas jugée, puisque le sujet est achromatope pour cette couleur; elle est perçue cependant, et la preuve c'est que, ajoutée à la perception rouge, elle donne du blanc.

Parinaud a remarqué qu'un grand nombre d'hystériques achromatopes de chacun des deux yeux dans la vision monoculaire pour une même couleur, distinguaient très bien cette couleur dans la vision binoculaire.

Féré a observé chez des hystériques achromatopsiques pour le violet que l'excitation de la rétine par le rouge (excitation pratiquée en faisant regarder le malade à travers un verre rouge pendant un laps de temps variant de cinq à dix minutes) amenait chez les uns la perception du violet, chez d'autres diminuait seulement la dyschromatopsie: ils n'arrivaient pas à distinguer le violet, mais distinguaient par exemple trois nuances de rouge au lieu d'une.

En même temps augmentaient l'acuité, l'étendue du champ visuel et la sensibilité générale.

Il obtint d'ailleurs les mêmes résultats en produisant l'excitation rétinienne par hallucination mentale, en faisant regarder le sujet à travers une fenêtre qu'on lui persuade être garnie de verres rouges. Après avoir regardé un certain temps à travers ces verres idéalement colorés, le sujet a la perception du violet, en même temps que l'acuité et la sensibilité sont modifiées.

Par l'aimant, par les métaux appropriés, on obtient chez les hystériques le transfert de l'achromatopsie d'un côté à

l'autre, comme on obtient le transfert de l'anesthésie cutanée. A mesure que les couleurs sont perçues par l'œil malade, elles cessent d'être vues par l'œil sain ; quand l'œil malade voit le rouge, l'œil sain perd le violet ; quand il voit le jaune, l'œil sain perd le vert (Charcot).

M. Grasset a observé que l'on n'obtenait pas par l'aimant le transfert de l'amblyopie ni du rétrécissement du champ visuel.

c) *Polyopie monoculaire*. — Les malades atteints de polyopie perçoivent d'un seul œil deux, trois images de l'objet qu'on leur présente. Les nombres deux et trois seraient les plus ordinaires ; mais certains sujets en perçoivent un plus grand nombre.

Ulrich cite le fait d'une malade qui voyait les objets sextuples.

Le nombre des images est variable, même pour les deux yeux d'un individu, et Parinaud rapporte l'observation d'une malade qui percevait trois images de l'œil droit et deux seulement de l'œil gauche.

Pour rechercher ce symptôme, on met devant l'œil du sujet un objet tel qu'un crayon, on le place d'abord très près de l'œil, puis on l'écarte graduellement. A une distance généralement peu éloignée de l'œil, l'objet commence à être vu double.

On appelle fausses images celles qui apparaissent à côté de l'objet primitivement vu simple. Quand il y a deux images, la fausse est en dehors ; quand il y en a trois, les deux fausses encadrent l'objet (Parinaud).

L'écartement des images entre elles varie souvent selon qu'on approche ou qu'on éloigne l'objet de l'œil. Le point qui correspond au maximum de netteté pour chaque image n'est pas le même pour toutes.

Quelquefois les images ne semblent pas être à la même hauteur. Cette différence de niveau est plus facilement appréciée si, au lieu du doigt ou d'un crayon, on présente au sujet un carré de papier. Les images ne sont pas toujours dans le même plan horizontal, et quelquefois elles paraissent au sujet inégalement rapprochées de son œil.

Si l'objet est très rapproché de l'œil, on peut observer de la macropsie. Il paraît plus volumineux qu'il n'est en réalité. Si, au contraire, l'objet est éloigné de l'œil, il diminue de volume et paraît plus petit ; c'est alors la micropsie. Lorsqu'il y a trois ou plusieurs images, la première à disparaître est celle qui s'est montrée la première (Parinaud).

Nous avons observé une particularité curieuse de la polyopie hystérique. Lorsqu'on interpose un verre coloré entre l'œil du sujet et l'objet, on augmente le nombre des images.

V. — L... (Marguerite), dix-neuf ans, trieuse de charbon à Graissac, hystéro-épileptique. A été longtemps en traitement à l'hôpital suburbain, où elle a subi l'ovariotomie droite le 17 juillet et gauche le 23 août.

Nous l'examinons le 27 novembre 1891 : le champ visuel est rétréci à 15°. Malgré ce rétrécissement, la malade se conduit très bien sans se heurter nulle part.

La vision de l'œil droit est de 1/40 ; celle de l'œil gauche de 1/15 ; un verre concave de 4 dioptries ramène l'acuité à 2/15 pour OG, à 2/20 pour OD.

Pas d'astigmatisme.

Achromatopsie pour le rouge, le vert et le violet.

OG : Elle voit deux objets : la fausse image est en arrière et en dedans.

Si l'on interpose un verre rouge, la malade perçoit trois images : l'image réelle est au milieu ; une image fausse est en avant et en dehors, la seconde en dedans et en arrière.

L'écartement des images augmente, si on remplace le verre rouge par un verre jaune ; il est encore plus considérable avec un verre bleu.

Si l'objet examiné est une bougie allumée, la malade perçoit trois images très rapprochées ; l'interposition d'un verre coloré fait apparaître une quatrième image.

OD : La malade perçoit deux images : la fausse est en dedans et en avant. L'interposition de verres colorés fait apparaître une troisième image entre les deux précédentes ; celle-ci est plus mince, plus allongée que les deux autres.

Si l'on présente une bougie allumée, la malade perçoit trois flammes et quatre par interposition d'un verre coloré. Trois de ces images sont sur la même ligne, une est en arrière, mince et effilée. Elles sont très rapprochées les unes des autres.

Dans la vision binoculaire, la malade perçoit également deux images ; le champ d'excursion des muscles est normal ; l'examen ophtalmoscopique ne dénote aucune lésion.

L'interposition d'un verre coloré pourrait même faire apparaître la polyopie, alors que normalement elle n'existe pas.

VI. — N... (Louise), seize ans, en traitement au service de M. le professeur Carrieu : hystéro-épilepsie, hémianesthésie gauche ; zones hystérogènes sous-mammaire et ovarienne gauches, hystéro-phrénatrices à droite.

VOB = 1.

VOG = 2/30 avec un verre concave de 1 dioptrie = 2/15.

La malade a les pupilles habituellement dilatées ; à la kératoscopie avec la mydriase que l'on provoque en la faisant regarder au loin, on trouve 3 dioptries d'hypermétropie.

OD : Chromatopsie normale.

OG : Achromatopsie pour le violet et le vert qui sont vus blancs.

Le champ visuel OG est rétréci à 15° avec inversion des cercles des couleurs, le rouge étant devenu couleur périphérique.

Le champ visuel OD est rétréci à 45°, les deux cercles blanc, rouge sont tangents ; le cercle du bleu se confond avec celui du blanc. (Voir planche II, fig VIII et IX). Antérieurement à notre examen, la malade a présenté des phénomènes de polyopie monoculaire.

Actuellement ces troubles ont disparu, mais l'interposition devant l'œil gauche d'un verre rouge amène le dédoublement de l'image... Le dédoublement s'opère lorsque le doigt est à moins de 15 centimè-

tres de l'œil. Les deux images sont situées sur un même plan ; leur écartement diminue, si on rapproche le doigt de l'œil.

L'intensité lumineuse de l'objet examiné paraît devoir intervenir comme facteur dans la production de la polyopie ; c'est ainsi que dans l'observation V nous voyons le nombre des images varier selon que l'objet examiné est le doigt ou une bougie allumée.

Businelli avait noté ce fait, et une de ses malades qui voyait triples les objets qu'on lui présentait, quand elle fixait une bougie allumée à une certaine distance, voyait une multitude de flammes de moins en moins distinctes, à mesure qu'on s'écartait du centre, et toutes séparées par un égal intervalle.

Quelles explications a-t-on données de ces phénomènes ?

Les différentes théories qui ont été émises peuvent se réduire à quatre. Les plus anciennes sont : la théorie cérébrale de Fallot ; la théorie rétinienne de Dugnon, Beer, Richter ; la théorie physique de Szokalski, Donders, Stellwag von Carion. La plus récente est la théorie accommodative de Parinaud.

La théorie rétinienne admet que la diplopie aurait son siège dans la rétine même, qui dans certains états pathologiques aurait la propriété de dédoubler les images. Cette hypothèse, qui ne repose sur aucun fondement, est aujourd'hui abandonnée.

La théorie physique ne voyait dans la polyopie que la suite naturelle d'un défaut de l'appareil dioptrique de l'œil. Szokalski et Donders admettaient comme cause directe l'astigmatisme cristallinien ou cornéen. Stellwag von Carion accordait au vitré un pouvoir doublement réfringent. Gut et Fik ne voyaient dans la diplopie monoculaire qu'une exagération banale des propriétés habituelles des milieux réfringents et la considéraient comme un phénomène physiologique qui existerait dans presque tous les yeux.

Fallot, avec sa théorie cérébrale, faisait de la polyopie monoculaire un phénomène tout différent ; pour lui, il s'agit d'une perversion sensorielle, la rétine ne perçoit qu'une image en réalité et le dédoublement s'opère dans le cerveau.

Duret, récemment, vient de remettre cette théorie en honneur.

Il attribue, comme Fallot, une origine cérébrale à la diplopie monoculaire et l'explique ainsi :

Lorsqu'une image est reçue sur la rétine, l'impression — en raison de la décussation des fibres optiques — est perçue à la fois par le cerveau droit et le cerveau gauche ; seulement les deux images, par suite de l'association fonctionnelle des deux hémisphères, se juxtaposant, on n'en perçoit qu'une seule. Mais il peut arriver que sous certaines influences (le traumatisme, l'hystérie), cette association fonctionnelle étant troublée par un mécanisme qui nous échappe, les deux images ne se juxtaposent plus et le sujet les perçoit isolément, c'est-à-dire double.

Galezowski repousse cette manière de voir. Il a toujours trouvé dans la polyopie monoculaire un spasme du muscle accommodateur produisant une myopie et s'accompagnant de rétrécissement du champ visuel. Par les verres, par l'atropine faisant disparaître cet état myopique, il a vu disparaître aussi la diplopie et le rétrécissement. Pour lui, la névrose produit un spasme irrégulier du muscle accommodateur portant sur une seule de ses parties, tandis que l'autre reste normale ; et c'est ce spasme irrégulier qui produit la diplopie monoculaire. C'est la théorie que depuis longtemps défendait Parinaud, la théorie accommodative : « Le cristallin, dit Parinaud, n'est pas une lentille homogène, sa structure segmentaire favorise la production de plusieurs images au delà ou en deçà de son foyer.

» Dans l'état normal, l'accommodation, en reportant tou-

jours le foyer sur la rétine, dissimule ce défaut de structure.

» La contracture de l'accommodation favorise de plusieurs manières la production de la polyopie; elle immobilise le muscle et supprime sa fonction. Elle accuse la déhiscence du cristallin en rendant plus convexe la face antérieure de celui-ci. »

Parinaud fait donc intervenir deux facteurs :

1° Comme les partisans de la théorie physique, la multitude des foyers du cristallin par suite de la non-homogénéité de sa substance;

2° La contracture de l'accommodation exagérant cet état physiologique.

A priori, on peut objecter que la polyopie devrait alors se manifester toutes les fois qu'il y a contracture de l'accommodation. Or, dans les contractures de l'accommodation, que l'on rencontre assez fréquemment chez les jeunes hypermétropes, on n'a jamais constaté ce phénomène.

Galezowski fait intervenir un spasme irrégulier du cristallin; que ce spasme soit régulier ou irrégulier, la diplopie doit disparaître avec lui. C'est ce qui arrive dans bien des cas.

VII. — A... (Anna), treize ans, est adressée à la Clinique par M. le professeur agrégé Sarda, qui, sur l'observation des symptômes généraux, a porté le diagnostic d'hystéro-épilepsie. Les crises, fréquentes d'abord, sont actuellement plus rares.

Depuis deux jours, la malade accuse de la diplopie dans l'œil droit; on constate, en effet, le dédoublement des images avec une vision normale.

On instille dans les deux yeux quelques gouttes d'atropine.

La malade revient le lendemain; toute diplopie a cessé, et depuis (novembre 1891) elle n'a pas réapparu.

La malade a une vision normale avec une dioptrie d'hypermétropie. Elle est achromatope pour le vert et le jaune. Le champ visuel de l'œil droit est rétréci à 45° avec inversion des cercles des couleurs, le cercle rouge étant devenu beaucoup plus étendu que celui du bleu.

Le champ visuel de l'œil gauche est rétréci à 50°, les cercles du bleu et du rouge chevauchent l'un sur l'autre (V. planche I, fig. v).

Mais il est des cas où la disparation de la contracture laisse persister la diplopie.

VIII. — Jean, vingt-trois ans. Depuis son enfance, il serait atteint de diplopie. $VODG = \frac{5}{40}$. Strabisme convergent alternant remontant à l'enfance. Anesthésie de la conjonctive palpébrale.

Malgré cette amblyopie, le malade lit parfaitement les caractères ordinaires à la distance de 0^m,20.

Pas de dyschromatopsie ; léger tremblotement irien.

OD : Diplopie monoculaire apparaissant dès que les objets sont à plus de 45 centimètres. La diplopie persiste à mesure qu'on éloigne l'objet, tant que celui-ci est perçu. Ainsi, au tir, le malade dit voir deux cibles. Les deux images sont sur un même plan horizontal et vertical ; elles sont tangentes, leur écartement est invariable à quelque distance que l'objet soit de l'œil, seulement leur grandeur diminue rapidement.

OG : La diplopie apparaît dès que les objets sont à plus de 70 centimètres.

L'interposition d'un verre coloré n'augmente pas le nombre des images.

Le champ visuel ODG est rétréci à 45° avec inversion des cercles des couleurs, le bleu étant devenu couleur périphérique.

Pas de lésions ophtalmoscopiques. A la kératoscopie, 4 d. de myopie pour OD ; 5 d. pour OG. Cependant l'acuité ni la diplopie ne sont modifiées par les verres concaves ou cylindriques.

Après atropinisation, on constate 2 d. d'hypermétropie. La diplopie persiste comme avant, mais le malade accuse de la micropsie.

Si on corrige son hypermétropie par des verres, la diplopie ne se produit que lorsque les objets sont à plus de 2 mètres de l'œil.

Nous allons voir que la polyopie peut exister alors que l'accommodation est complètement paralysée, comme dans l'observation suivante de Roder :

Une jeune fille de dix-sept ans, hystérique avec hémianesthésie, présente les phénomènes suivants :

Paralysie (?) du muscle droit externe gauche avant et après les accès ; parésie passagère de tous les muscles des yeux.

Au bout de trois semaines, on constate une paralysie du sphincter de l'iris et de l'accommodation avec ce fait caractéristique que, au moment des accès, la mydriase résiste absolument aux instillations d'ésérine.

Emmétropie avec tendance à l'hypermétropie.

La vue variait de $1/3$ à $1/20$, mais on arrivait à 1 par correction avec des verres indifférents ou qui ne pouvaient avoir aucune influence comme des combinaisons de $+0,25$ avec $-0,25$ ou avec de faibles verres prismatiques. Il s'agissait donc d'une amélioration par suggestion.

Pour la lecture de près, un verre de $+3,5$ était toujours nécessaire.

Diplopie monoculaire différente pour les deux yeux. Ainsi le chiffre 13 donnait 113 pour l'œil droit et 133 pour l'œil gauche. La diplopie disparaissait par la correction avec des verres indifférents. Achromatopsie pour le bleu et le violet.

Micropsie. Rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc avec inversion des cercles des couleurs, le rouge étant plus étendu que le bleu.

La correction par les verres fait disparaître quelquefois la diplopie, mais nous voyons dans l'observation VIII, que la diplopie ne disparaît pas, alors même que l'amétropie est corrigée par les verres.

Comment expliquer que l'interposition d'un verre coloré augmente quelquefois le nombre des images, ou fait apparaître la diplopie comme dans les observations V et VI? Comment expliquer que l'interposition d'un verre indifférent fait disparaître la polyopie comme dans le cas de Roder?

Ces faits contradictoires ne nous permettent pas de nous rallier à la théorie accommodative.

Les causes de la polyopie monoculaire doivent être plus complexes, et peut-être les différents facteurs incriminés tour à tour (système central, appareil visuel sensitif, appareil dioptrique) interviennent-ils dans la production de ce phénomène.

La polyopie monoculaire a été signalée dans des affections autres que l'hystérie ; il nous a paru utile de voir si l'étude de ces cas n'apporterait pas quelque éclaircissement à la pathogénie de ce phénomène.

Ord a constaté la polyopie chez un garçon de treize ans devenu strabique à la suite de convulsions ; elle coïncidait avec une névrite double.

Il l'a notée aussi chez un épileptique, mais son observation paraît devoir rentrer dans le cadre de l'hystérie ; en effet, on constate d'abord chez son malade des attaques d'épilepsie (?) avec monoplégie gauche et hémianesthésie, du rétrécissement du champ visuel, de l'achromatopsie. L'amblyopie augmenta jusqu'à la cécité complète, puis disparut. Ces symptômes rappellent trop l'hystérie pour qu'on ne soit pas tenté de mettre en doute le diagnostic d'épilepsie.

Abercombe a constaté la diplopie chez une jeune fille de dix ans présentant les symptômes suivants : céphalalgie, diminution de la cécité à droite, paralysie du droit externe OD, et diplopie de cet œil. Névrite optique double. Décès au bout de quelques jours. Autopsie. Abscès dans les lobes temporo-sphénoïdal et occipital droits.

Nettleship a vu la polyopie exister seulement dans la moitié inférieure du champ visuel droit.

Adams l'a constatée chez une jeune femme hystérique peu de temps après un traumatisme sur la tête. Les deux yeux étaient normaux.

Duchenne, Parinaud, Galezowski, l'ont notée dans différentes affections cérébrales, Barrat dans un cas d'ataxie au début, Bouchut chez un épileptique.

Tous ces cas de polyopie rentrent dans l'ordre des polyopies d'origine cérébrale.

Il est de nombreux cas de polyopie dus à un défaut de structure de l'œil.

Nous pouvons présenter toutes ces polyopies d'origine différente sous la forme d'un tableau :

Polyopie due à un vice de structure de l'appareil dioptrique de l'œil.	1° Cornéenne.....	{ par astigmatisme irrégulier. par opacité de la cornée. par liquides divers étalés à la surface.
	2° Cristallinienne.....	{ par myopie. par hypermétropie. par luxation cristallinienne. par cataracte.
	3° Irienne.....	{ par polycorie. par occlusion pupillaire incomplète.
Polyopie d'ordre nerveux.	1° Dans la grossesse (Cohn).	
	2° Dans les névroses....	{ Hystérie. Épilepsie.
	3° Dans les lésions des centres nerveux.....	{ Syphilis cérébrale. Tuberculose cérébrale. Néoplasme. Épanchement sanguin. Paralysie de la troisième paire d'ordre réflexe. Ataxie locomotrice. Névrite optique.

Nous voyons donc toute une série de faits dans lesquels la polyopie est due à un défaut de l'appareil dioptrique de l'œil ; une série d'autres faits où elle est de cause cérébrale.

Nous reconnaissons que les troubles dioptriques favorisent la production de la polyopie dans l'hystérie, mais ils ne suffisent pas à l'expliquer.

d) *Rétrécissement du champ visuel.* — Avant d'étudier le rétrécissement du champ visuel chez les hystériques, nous croyons devoir dire quelques mots des limites du champ visuel normal.

Les limites du champ visuel normal varient selon chaque individu; elles sont modifiées par la forme de l'orbite, par l'enfoncement plus ou moins prononcé de l'œil dans l'orbite, peut-être par l'état pupillaire.

Les limites moyennes des champs visuels seraient, d'après Schœn (1), les suivantes :

	Blanc	Bleu	Rouge	Vert
Haut.....	60	45	40	30
Bas.....	65	60	50	35
Nasal.....	70	60	50	40
Temporal.....	75	65	60	40

Les recherches que nous avons faites sur un certain nombre d'étudiants nous ont donné des résultats peu différents comme moyenne.

	Blanc	Bleu	Rouge	Vert
Haut.....	55	45	40	30
Bas.....	70	60	50	35
Nasal.....	60	55	45	30
Temporal.....	85	75	60	45

Nous voyons donc que normalement les divers cercles des champs visuels sont concentriques, séparés les uns des autres par un espace de 10° environ.

Ceci est l'étendue normale du champ visuel; mais à partir de quelle limite pourrions-nous affirmer que le champ visuel est rétréci? De Wecker et Masselon donnent comme limite

(1) Schœn, *Traité du champ visuel et de ses anomalies*. Berlin, 1874.

Id., *Les limites des sensations colorées dans les cas pathologiques* (*Klin. Monatsb. für Augenh.*, 1873, p. 171).

minima : en haut, 50 ; en bas, 65 ; en dedans, 60 ; en dehors, 75.

Quelles causes d'erreur rencontrons-nous dans la détermination du champ visuel ?

L'éclairage d'abord : selon qu'il sera plus ou moins intense, on pourra observer des variations.

Dans le champ visuel des couleurs, l'intensité de coloration du curseur a une influence sur l'étendue des champs visuels.

Wilbrand a signalé une autre cause d'erreur : c'est la « fatigabilité » de la rétine. Si l'on fatigue la rétine en faisant plusieurs fois passer le curseur dans un diamètre pour en mesurer l'étendue, Wilbrand a remarqué qu'à chaque tour le point d'entrée et le point de sortie du curseur dans le champ visuel ne coïncidaient pas, et qu'on obtenait ainsi un champ visuel de plus en plus rétréci.

Fœrster avait déjà noté ce fait, mais Wilbrand prétend que dans les maladies nerveuses il est encore plus manifeste, et le rétrécissement ainsi obtenu pourrait être assez considérable pour faire croire à des lésions qui n'existent pas.

Aussi recommande-t-on chez les hystériques de prendre rapidement le champ visuel dans les méridiens principaux, sans suivre la série des méridiens intermédiaires.

Les conditions d'éclairage dans nos observations étaient à peu près toujours identiques. Nos examens étaient faits devant une fenêtre au nord.

Champ visuel pour le blanc. — Le champ visuel pour le blanc dans l'amblyopie hystérique est rétréci et concentriquement rétréci ; tantôt le rétrécissement est géométriquement concentrique, formant un cercle parfait autour du point central ; le plus souvent le champ visuel est elliptique et garde dans le rétrécissement la forme primitive de sa configuration normale.

Le rétrécissement est souvent plus marqué dans un œil que dans l'autre, et le champ visuel le plus rétréci correspond au côté hémianesthésique.

Landesberg a noté une particularité de ce rétrécissement : c'est que, si l'on prend le champ visuel après différentes attaques, on le trouve rarement identique, tantôt plus étendu, tantôt plus rétréci.

Nous avons pris le champ visuel de plusieurs sujets après les attaques ; nous avons exactement déterminé avant l'attaque leur champ périmétrique. Nous n'avons trouvé entre les deux que des différences peu appréciables.

Les excitations périphériques ont également une influence sur l'étendue du champ visuel ; les unes l'augmentent, les autres le diminuent (Morawcsick).

Galezowski aurait observé que, par l'action de l'atropine, on verrait le champ visuel s'élargir chez les hystériques. Fœrster, au contraire, a observé sous l'influence des mydriatiques le rétrécissement du champ visuel.

Nous n'avons pas trouvé chez nos hystériques de changements très appréciables entre les champs visuels pris avant et après atropinisation.

Il est de tradition, sur la foi de Briquet, de citer l'hémianopsie parmi les formes de rétrécissement du champ visuel chez les hystériques.

Charcot a toujours soutenu que chez les hystériques le rétrécissement du champ visuel était concentrique et n'affectait nullement la forme hémioptique.

Bellouard, reprenant la question, s'est efforcé de démontrer l'existence de l'hémianopsie dans l'hémianesthésie hystérique. Il cite, à l'appui de ses conclusions, les observations de Briquet, une observation de Galezowski et les affirmations de Rosenthal.

« Chez quelques hystériques, dit Briquet, l'amaurose n'in-

téresse qu'une partie de la réline, le plus ordinairement la moitié interne ou la moitié externe, et alors les malades ne voient que les objets qui peignent leur image sur le côté sain, toute une moitié des corps restant inaperçue. »

Babinski et Gilles de la Tourette font remarquer que le même phénomène se produit si l'on examine les deux yeux ouverts une hystérique atteinte de rétrécissement monolatéral. En la faisant regarder alternativement d'un côté et de l'autre, on obtient les mêmes réponses que s'il s'agissait d'une hémianopsie examinée dans les mêmes conditions.

Quant aux assertions de Rosenthal, Gilles de la Tourette les trouve ainsi résumées dans une lettre adressée à Charcot : « Nous ne voudrions pas affirmer que l'hémianopsie ne peut pas se rencontrer chez les hystériques, mais il ne paraît pas que le fait ait été dûment observé jusqu'ici. »

Les recherches de Rosenthal, comme celles de Parinaud, ne les ont jamais amenés à constater dans l'hystérie la présence de l'hémiopie. Nous ne l'avons également jamais observée chez les hystériques que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Il reste donc seulement deux observations de Galezowski tendant à faire admettre l'existence de l'hémianopsie dans l'hystérie.

Celle citée par Bellouard et une seconde communiquée à la Société de biologie du 9 avril 1892. Dans celle-ci, il s'agissait d'une jeune femme hystérique atteinte depuis plus de six ans d'hémianesthésie droite *avec hémianopsie homonyme* de la moitié gauche des deux yeux. Cette malade présentait, en outre, une contraction partielle du muscle ciliaire.

De ces deux observations, la première est discutable ; en effet, dans quatre examens successifs ; nous voyons le champ visuel varier : au premier examen, hémiopie latérale absolue ; au dernier, le champ visuel est rétréci à 15° en haut, en dedans et en dehors ; il est normal en bas.

« L'amblyopie des hystériques, fait remarquer Féré, peut s'aggraver ou s'atténuer comme l'anesthésie ; mais il ne paraît pas qu'on ait observé dans aucun cas un changement de forme » Et il conclut : « Nous serions plus portés à croire que ce qui a varié dans ce cas, c'est l'exactitude de l'examen et non de l'état pathologique. »

Sans suspecter ainsi la valeur de l'examen, on peut au moins se demander, en présence de la rareté des faits de ce genre, s'ils ne tombent pas dans le domaine des coïncidences.

Champ visuel des couleurs. — La plupart des auteurs enseignent que le champ visuel des couleurs est, comme celui du blanc, concentriquement rétréci.

Chaque couleur est proportionnellement rétrécie et garde sa place dans l'ordre physiologique des champs visuels colorés.

« Les divers cercles qui correspondent, dans l'exploration, aux limites de la vision pour chaque couleur, se rétrécissent concentriquement d'une façon plus ou moins accentuée suivant la loi reconnue pour l'état normal. » (Gilles de la Tourette.)

Cependant Gilles de la Tourette fait remarquer qu'il y a des exceptions à cette règle, « et que chez certains malades — fréquemment même — c'est le rouge et non le bleu qui disparaît le dernier », c'est-à-dire que le rétrécissement concentrique intéresserait le rouge avant le bleu.

J'avoue que j'ai été un peu étonné de ces affirmations catégoriques quand je les ai comparées aux résultats de mes recherches sur le champ visuel des hystériques.

J'ai déjà dit quelles modifications dans le champ visuel des couleurs j'avais observées chez les hystériques dont l'œil était normal : ces modifications consistent en un tassement des cercles colorés les uns contre les autres.

Normalement ils sont distincts les uns des autres de 10 centimètres environ. Dans l'œil hystérique sain, je les ai trouvés tangents, confondus, empiétant l'un sur l'autre ; j'ai constaté même qu'on voyait le champ visuel pour une couleur (le bleu ou le rouge, exceptionnellement le vert) s'élargir au point de devenir plus étendu que le champ visuel du blanc.

J'ai retrouvé ces mêmes caractères dans l'amblyopie hystérique avec rétrécissement concentrique. Là aussi j'ai vu les champs visuels des couleurs souvent rétrécis, mais toujours confondus, empiétant les uns sur les autres ; leur ordre était constamment interverti, toujours les champs visuels d'une couleur (le rouge, ou le bleu, exceptionnellement le vert) était aussi étendu, sinon plus, que le champ visuel pour le blanc.

En sorte que, d'après nous, il existerait deux phénomènes qui rendraient pathognomonique le champ visuel des couleurs dans l'amblyopie hystérique : le premier de ces caractères, c'est l'inversion des cercles colorés. A l'état normal, l'ordre de l'étendue des divers champs visuels est constamment le même : blanc, bleu, rouge, vert. Dans l'amblyopie, cet ordre est interverti. Le second de ces caractères a trait au rétrécissement pour le blanc plus marqué que pour les couleurs ; nous ne disons plus ici comme pour le premier caractère *dans tous les cas*, mais seulement dans la majorité des cas, le champ visuel est plus rétréci pour le blanc que pour les couleurs, en sorte que c'est un champ visuel coloré qui est devenu périphérique.

Nous n'avons pas été les premiers à observer ce fait : « J'ai trouvé, dit Cohn, dans le champ visuel de M^{me} W..., hystérique de vingt-cinq ans, une chose bizarre : les limites pour le blanc, le rouge, le bleu, se confondent souvent. »

Dans un autre cas observé par Schiele et cité par Cohn, on remarque que les limites pour les couleurs étaient constamment plus étendues que les limites pour le blanc.

L'inversion des cercles colorés a également été notée par Parinaud.

Nous croyons pouvoir avancer que l'inversion des cercles colorés est un phénomène constant dans l'hystérie, et beaucoup plus pathognomonique que le rétrécissement concentrique du champ visuel qui, existe, lui, dans beaucoup d'autres affections.

Naturellement nous avons mis hors de cause dans cette étude les cas où il existait une achromatopsie pour les couleurs, car nous savons que le cercle de la couleur non perçue se confond avec celui du blanc.

Toutes mes déterminations périmétriques ont été faites avec le plus grand soin : j'ai toujours sur chaque malade répété mes examens au moins deux fois à quelques jours d'intervalle.

Le champ visuel du second examen n'était pas toujours identique à celui du premier : le rétrécissement était un peu plus ou un peu moins accentué ; j'ai trouvé aussi quelquefois entre deux examens un peu éloignés un changement dans l'ordre des couleurs. La couleur périphérique avait changé ; c'était par exemple le rouge au lieu du bleu ; mais ces changements paraissent coïncider avec des variations dans l'état général.

Fœrster a constaté, comme Wilbrand, dans l'examen périmétrique, la fatigue rapide de la rétine. « En sorte, dit-il, que la couleur avec laquelle on commençait l'examen du champ visuel donnait le champ le plus grand, la dernière le champ le plus petit. »

Or, dans mes examens périmétriques, j'ai toujours procédé ainsi qu'il suit : je prenais d'abord le champ visuel pour le blanc dans les deux yeux ; je le prenais ensuite pour le bleu, puis pour le rouge, puis pour le vert.

Donc, d'après Fœrster et Wilbrand, j'étais dans des conditions telles que j'aurais dû trouver un rétrécissement exagéré pour les couleurs. Or j'ai toujours trouvé, chez les hystéri-

ques, le champ visuel des couleurs plus étendu que le champ visuel du blanc, couleur par laquelle j'avais commencé mon examen. Si donc la théorie de Wilbrand est vraie, elle confirme mes recherches, puisque, de par la fatigue, mes champs visuels colorés peuvent être considérés comme rétrécis et qu'ils sont déjà plus étendus que le champ visuel du blanc.

Cette théorie de Wilbrand sur la « fatigabilité rétinienne » me paraît d'ailleurs contestable. En prenant le champ visuel d'individus normaux, j'ai observé fréquemment le fait suivant : Je déterminais d'abord l'étendue du blanc, puis successivement celle du bleu, du rouge, du vert. Si alors je reprenais le champ visuel pour le blanc, je le trouvais un peu plus étendu que dans l'examen précédent.

Aux règles générales que nous venons d'établir, font exception quelques rares formes anormales, dont l'une rappelle les caractères de l'amblyopie alcoolique.

Dans l'amblyopie alcoolique, se développe, du centre à la périphérie, une achromatopsie affectant la forme d'un scotome central. Dans cette zone, la notion du rouge est altérée la première, puis celle du vert ; la vision du bleu persiste la dernière.

Exceptionnellement, Parinaud a noté ces symptômes chez une jeune fille de douze ans, qui certainement n'était pas alcoolique et était nettement hystérique.

« Ce scotome central, ajoute Parinaud, se greffe parfois sur l'amblyopie à développement concentrique, et les deux processus évoluent simultanément, de telle sorte qu'à un moment donné on peut remarquer cette altération particulière du champ visuel des couleurs, dont la vision est abolie au centre du fait du scotome, et à la périphérie du fait du rétrécissement, tandis qu'elle est conservée dans une zone intermédiaire sous la forme d'un anneau qui entoure le point de fixation. »

Un pareil champ visuel des couleurs pourrait faire croire à un état hystérique accolé à un état éthylique.

Nous devons signaler également une autre forme analogue qui aurait été observée : c'est le « para-central-scotome. »

Dans ce cas, le scotome affecte la forme décrite par Hirschberg dans l'alcoolisme chronique, et par Moore dans quelques cas d'amblyopie diabétique. La vision centrale est conservée, mais tout autour, à une certaine distance, s'étend une zone circulaire où la vision est détruite tout à fait ; vers la périphérie la vision est conservée. Cette forme aurait été rencontrée une fois dans l'hystérie par Finkelstein.

II. — AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE SYMPATHIQUE

L'amblyopie hystérique sympathique est une forme d'amblyopie qui se manifeste dans un œil hystérique sous l'influence de lésions du congénère : c'est l'amblyopie hystérique avec ses symptômes habituels, localisée dans un œil par l'action sympathique de l'autre.

Normalement, les troubles sympathiques se manifestent par différents symptômes : chez l'hystérique, ils affecteraient de préférence la forme de l'amblyopie hystérique telle que nous venons de la décrire.

Kalt en a rapporté une observation à la Société d'ophtalmologie de Paris. Le malade, une jeune femme de vingt-quatre ans, reçut, au mois d'avril 1891, un coup assez violent sur l'œil gauche. Consécutivement, il survint une irido-choroïdite. En juin, la vision de cet œil était nulle. Le 20 octobre 1891, la malade accuse une diminution de la vision de l'œil droit. On constate, à gauche, que le globe a diminué de volume ; il est mou, $T_n = -2$. A droite, pas de lésions apparentes, fond d'œil normal, $V = 1/20$. Le champ visuel,

normal pour le blanc, est rétréci pour le bleu ; achromatopsie pour le rouge, qui est vu noir, et pour le vert, qui est vu blanc.

Zone d'anesthésie au cou et aux avant-bras. La malade a eu sans raison en juillet et août deux crises suivies d'évanouissement. Elle est aménorrhéique depuis plusieurs mois sans troubles utérins.

Enucléation de l'œil gauche ; vingt jours après, la vision OD était de 2/3.

Le diagnostic d'amblyopie hystérique sympathique fut porté, dit Kalt, sur les symptômes achromatopsiques et le rétrécissement du champ visuel pour les couleurs. »

Il me semble qu'aucun de ces deux symptômes n'était très pathognomonique dans ce cas ; mais, joints à d'autres stigmates hystériques, tels que plaques d'anesthésie, on pouvait en tirer le diagnostic d'hystérie.

Ce cas est un peu complexe, car il existe un état aménorrhéique dont on ne peut déterminer l'influence.

Néanmoins il montre chez une hystérique l'irido-choroïdite d'un œil agissant sympathiquement sur l'autre œil et y déterminant, non pas les phénomènes d'amblyopie sympathique habituels, mais l'amblyopie typique apanage de l'hystérie. L'action sympathique aurait agi comme agent provocateur de l'hystérie oculaire.

Vignes, à la même séance de la Société d'ophtalmologie, rapporta un autre fait qui lui est personnel : l'amaurose se montra seulement après l'enucléation de l'œil congénère lésé. Rapidement survinrent un blépharospasme, puis des attaques d'hystérie qui démontrèrent que la névrose était en jeu.

Il serait intéressant de rechercher si dans ces cas sympathiques on retrouve tous les caractères habituels de l'amblyopie hystérique ; si sous cette influence quelques-unes de leurs formes habituelles ne sont pas modifiées.

IX.— F... (Maria) est une hystérique hypnotisable dont l'histoire se trouve consignée en détail dans les Cliniques de M. Grasset (page 655).

En 1868, à la suite de couches, ophtalmie de l'œil gauche qui persista plusieurs années avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. En 1876, l'état de cet œil ayant empiré, elle dut entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où le professeur Gayet lui fit l'iridectomie. Deux ans après, nouvelle ophtalmie qui aboutit cette fois à la fonte purulente de l'œil.

Il y a eu dans cet œil des poussées successives d'irido-choroïdite qui ont fini par amener la perte de l'œil, et n'ont pu se produire sans que l'œil congénère soit sympathiquement attaqué.

Avec l'évidement, les accidents sympathiques ont disparu, mais il semble qu'ils aient laissé sur cet œil des traces perceptibles encore aujourd'hui.

En effet, le champ visuel de cette malade est bizarre (voir planche II, figure vi). Il est très rétréci en haut, peu dans les autres directions ; les cercles colorés se coupent, celui du rouge est contenu dans celui du vert.

III. — AMAUROSE HYSTÉRIQUE COMPLÈTE

Le rétrécissement du champ visuel augmentant progressivement, la vision finit par être abolie. C'est la marche la plus habituelle de l'amaurose hystérique.

Elle est assez rare, surtout dans la forme permanente. Elle est presque toujours monolatérale.

Elle s'établit quelquefois momentanément à la suite de l'attaque. Sans attaque, elle se développe brusquement : Landesberg l'a vue sans cause appréciable apparaître dans un œil, puis disparaître tout à coup pour se porter sur l'autre œil.

St-Ange a rapporté un cas où elle succéda à un état léthargique qui avait duré neuf jours. A son réveil, la malade voit

un brouillard de feu ; trois jours après, la vision est complètement abolie ; on notait en même temps du spasme de l'orbiculaire et de la contraction pupillaire.

L'amaurose complète disparaît généralement assez vite, néanmoins dans certains cas elle est tenace : Mendel l'a vue persister huit mois ; dans le cas d'Harlan, elle dura dix ans ; c'est exceptionnel. Chez l'hystérique rabiforme de M. le professeur Grasset (observation III), l'amaurose n'est pas complète, il est vrai ; mais le malade distingue seulement la lumière ; cet état dure depuis un an.

Parinaud, Pitres, Bernheim ont montré une particularité de cette amaurose ; dans la vision monoculaire, l'acuité d'un œil peut être nulle, tandis que cet œil peut voir dans la vision binoculaire et en particulier dans la vision stéréoscopique.

IV. — NATURE DE L'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE

Plusieurs théories ont été émises sur l'origine de l'amblyopie hystérique. Celle qui paraît aujourd'hui rallier les opinions et donner une juste explication des faits est la théorie de Bernheim.

Pour Bernheim, l'amaurose hystérique est purement psychique ; la rétine reçoit l'impression, le centre cortical visuel la perçoit, mais l'imagination de l'hystérique neutralise l'image ; il se fait une illusion négative destructive de l'impression reçue.

Pitres, Parinaud, avaient déjà démontré qu'un œil atteint d'amaurose hystérique complète fonctionne cependant.

Bernheim a réalisé cette expérience de différentes manières : nous n'en rappelons qu'une.

Un hystérique de son service (hémianesthésie sensito-sensorielle) a une amaurose gauche complète ; l'œil droit fermé, il n'y voit rien. Il met à l'hystérique des lunettes qui

ont un verre rouge et l'autre vert : il fait ainsi lire les lettres de Stœber imprimées sur des verres alternativement rouges et verts. L'œil gauche était fermé, le sujet regardait à travers le verre rouge de l'œil droit et ne voyait que les lettres écrites sur le verre rouge. Les deux ouverts, le sujet lisait aussi bien les lettres imprimées sur verre rouge que celles sur verre vert ; il lit donc des lettres qu'il est censé ne pas voir et qu'il voit à son insu inconsciemment.

De multiples faits d'observations journalières viennent encore à l'appui de cette thèse. Les hystériques avec un rétrécissement double très accentué du champ visuel se conduisent parfaitement sans hésitation, sans se heurter nulle part. Or nous avons une maladie, la rétinite pigmentaire, qui détruit la vision périphérique en respectant la vision centrale. Nous avons vu souvent, dans les salles de la clinique, une de ces malades qui avait un champ visuel rétréci à 15° ; elle pouvait lire encore, mais ne pouvait faire un pas seule sans se heurter à tout ce qui se trouvait sur son passage.

L'hystérique, elle, n'est nullement gênée dans sa marche par le rétrécissement : « J'observais en passant, dit Janet, une fillette hystérique qui jouait avec ses compagnes quand je traversais la cour ; elle courait après le ballon, le rattrapait en l'air, et cela avec un rétrécissement concentrique double de 5° . »

Janet cite encore deux faits de même ordre qui prouvent que, malgré la cécité apparente, la perception existe.

« Il y avait dans le service au mois d'octobre dernier un jeune homme de seize ans, qui avait eu sa première attaque d'hystérie à la suite d'une forte frayeur qu'il avait eue pendant un incendie :

..... Il suffisait de lui montrer une flamme pour provoquer une attaque. Un jour je le plaçai en face du périmètre comme pour lui mesurer le champ visuel, je lui fis fermer l'œil droit et fixer avec l'autre le point central. Il s'attendait à voir avancer sur l'arc de cercle noirci un morceau de papier comme il l'avait vu souvent, mais je

tenais soigneusement cachée derrière son dos une allumette enflammée et je l'approchai doucement de l'extrémité de l'arc. L'allumette était à peine à 80° que le malade poussa un cri: « Au feu ! » et se renversa en convulsions; or ce malade avait du côté gauche le champ visuel rétréci à 30°, et mon allumette était à 80°. »

« Berthe est habituée à s'endormir quand elle voit mon doigt levé devant elle: je la place au périmètre, l'œil droit fermé, l'œil gauche fixé sur le point central. J'avance lentement mon doigt sur l'arc de cercle, il n'est pas encore à 80° que Berthe tombe en arrière hypnotisée. Et cependant son champ visuel examiné par Parinaud est inférieur à 10°. »

Konigshöfer rapporte ce fait personnel: On lui amène dans son cabinet une jeune femme presque complètement amaurotique; pas de lésions oculaires. Il la suit dans la rue, et il est surpris de voir qu'avec une acuité si diminuée elle marche avec assurance, évite les flaques d'eau, les trottoirs, sans avoir besoin du secours de son guide. Il s'agissait en effet d'une amaurose hystérique transitoire qui disparut rapidement.

L'achromatopsie hystérique, dit Bernheim, est aussi psychique que l'amaurose; et il cite comme preuve à l'appui l'expérience suivante due à Parinaud: Une hystérique est atteinte d'achromatopsie monoculaire, l'œil gauche par exemple voit tous les objets gris: un carton coloré en vert est vu vert par l'œil droit, et gris par l'œil gauche. Si on place un prisme devant l'œil droit, le sujet, au lieu de voir une image verte et une image grise, voit deux images vertes; si on place le prisme devant l'œil gauche, il voit deux images grises.

Cette expérience est facile à exécuter, et nous l'avons répétée plusieurs fois sur le sujet de l'observation III.

« Il s'agit là, conclut Bernheim, d'une auto-suggestion inconsciente: le sujet voyant à travers le prisme sur l'œil droit deux images vertes, cela semble prouver que celle de ces deux images fournie par l'œil gauche est verte et non grise à l'insu du sujet. Si à travers le prisme sur l'œil gauche il voit les

deux images grises, c'est parce qu'il croit que l'œil gauche voit en gris, parce qu'il ne sait pas que l'une des images est fournie par l'autre l'œil, et parce qu'il se suggère que l'œil gauche achromatique doit voir les deux images grises. »

Dans le même ordre d'idées, Regnard, Parinaud, M. Grasset, avaient noté la recomposition des couleurs par l'œil achromatope sur le disque de Newton : chez une malade achromatope pour le vert qu'elle voit blanc, on obtient la sensation du blanc en faisant tourner un disque composé de secteurs alternativement rouges et blancs.

L'observation suivante de Charcot semble venir à l'appui de la théorie de Bernheim.

« X... , hystérique avec anesthésie générale absolue, perte du sens musculaire, est atteinte d'achromatopsie pour toutes les couleurs.

Plongée en hypnose, on lui fait voir par suggestion une croix rouge sur une carte blanche. Si on substitue à cette carte une autre carte blanche, elle voit l'image complémentaire du rouge, le vert. Et si cependant à ce moment on lui montre une image verte, en raison de son achromatopsie, elle n'en reconnaît pas la couleur.

Elle ne peut donc voir le vert que sous la forme d'une couleur complémentaire, et cela consécutivement à une suggestion.

Si on la fait passer à l'état normal, elle se reporte à cinq années en arrière, et les cinq dernières années disparaissent de sa vie : son existence s'arrête à 1885 (époque depuis laquelle elle est dans l'état morbide susdit). *Elle n'est alors plus achromatopsique que de l'œil droit : l'œil gauche reconnaît toutes les couleurs*, la sensibilité est revenue du côté droit ; elle peut se tenir debout les yeux fermés.

Parinaud a remarqué que dans l'œil hystérique amaurotique le rétablissement de la vision au moment de la vision binoculaire, ne s'effectue que pour la vision centrale.

La vision reste abolie dans toutes les parties périphériques dans la vision binoculaire comme dans la vision monoculaire. D'où il conclut avec Gilles de la Tourette : 1° Qu'il y a des centres visuels différents pour la vision périphérique et la vision

centrale; 2° Dans la vision monoculaire centrale, chaque œil est seulement en rapport avec l'hémisphère du côté opposé; dans la vision binoculaire centrale, les deux yeux se mettent en rapport avec les deux hémisphères, indifféremment le droit ou le gauche.

D'après eux, l'amaurose hystérique est un trouble fonctionnel, un trouble de la fonction monoculaire capable de disparaître aussitôt que les deux yeux agissent synergiquement.

Meyer rejette cette hypothèse : « Même en admettant un seul hémisphère, dit-il, il faut qu'il prenne connaissance de l'image des deux yeux; on a beau mettre un prisme devant un œil, on ne percevra qu'une image. Si le malade en perçoit deux, c'est que l'autre œil a fonctionné. » Et tombant dans la théorie de Bernheim, il ajoute : « Ne pourrait-il y avoir là une hallucination négative produite par auto-suggestion? »

Sous, Saint-Ange, ont émis pour expliquer la nature de l'amblyopie hystérique des théories tout à fait différentes.

D'après Sous, dans l'acte de la vision binoculaire, les deux hémisphères cérébraux exercent une influence l'une sur l'autre. Cette influence peut être expliquée par des interférences au centre des masses encéphaliques. Dans les cécités monolatérales hystériques, les ondulations arrivent au centre visuel en trop petite quantité, pour procurer la sensation de la vision. Cette quantité, étant augmentée par les ondulations venant du côté opposé, arrive à une valeur qui permet l'exercice de la vision.

Pour Saint-Ange, il y aurait sous l'influence de la névrose une excitabilité exagérée des filets iriens ou peut-être du ganglion ophtalmique.

Cette excitabilité produirait la photophobie et le spasme musculaire de l'œil, puis, par voie réflexe, la sensibilité spéciale de la rétine se trouve amoindrie ou supprimée. Une

fois l'excitabilité nerveuse disparue, l'amblyopie peut persister et survivre à la cause qui l'a déterminée.

Cette théorie ne pourrait servir à expliquer qu'un nombre restreint de cas, ceux où l'amblyopie succède à des troubles spasmodiques des muscles de l'œil.

Nous devons citer encore la théorie utérine de Cohn.

Pour Cohn, l'amaurose hystérique est sous la dépendance directe de troubles dans la menstruation. A l'appui de sa thèse, il cite quelques observations dont voici les plus concluantes :

La première est attribuée à Souquière, la seconde à Amann.

« Souquière cite le fait d'une jeune fille qui, jusqu'à l'âge de douze ans, n'avait été réglée que deux fois. Elle accusa dans la dernière année des douleurs de tête, des palpitations, des frissons dans les membres. Subitement se montra une perte complète de la vision avec anesthésie de la partie gauche du corps. Réaction pupillaire, fond d'œil normaux. Douze jours après, réapparition des règles et disparition de l'amaurose. »

« Amann observa une fille hystérique, âgée de vingt-sept ans qui tomba en catalepsie. Cet état reparut après un accouchement. A l'âge de trente-sept ans, elle fut prise d'une faiblesse générale immédiatement après l'apparition des règles et d'une cécité complète qui dura une heure. Dans les deux dernières années, de semblables troubles se manifestèrent six fois. Quatre fois ils durèrent seulement quelques minutes, une fois une demi-heure, une fois une heure entière. L'acuité redevint toujours normale. »

Cohn met directement l'hystérie sous la dépendance des troubles de la menstruation : il ne dit pas que l'hystérie ne puisse pas exister sans troubles utérins, mais il croit qu'une foule de manifestations qu'on met sur le compte de la névrose reconnaissent comme cause directe les troubles utérins. Pour l'amblyopie hystérique en particulier, il est très porté à croire que son évolution est toujours liée à de légers troubles menstruels passant souvent inaperçus.

On pourrait lui objecter que les troubles amblyopiques

se rencontrent chez les hystériques mâles comme chez les hystériques femmes.

II

1° KOPIOPIE

Fœrster avait nommé « *Kopiopia hysterica* » des douleurs lancinantes ayant leur siège maximum au niveau du globe oculaire, avec irradiations vers les régions temporales et zygomatiques.

Diurnes, elles cessent par le repos de la nuit, sont exaspérées par tout travail oculaire (lecture, couture). Elles s'accompagnent de mydriase ou de myosis, et peuvent avoir une longue durée.

Cette forme d'asthénopie névrotique avait été décrite par Donders sous le nom d'accommodation douloureuse, et par Nagel sous celui d'hyperesthésie du muscle ciliaire. Plus récemment, Schenkl lui donna le nom de douleur oculaire hystérique.

Cette affection est fréquente dans le sexe féminin. « Il n'est pas de praticien, dit Abadie, qui n'ait eu à soigner des femmes se plaignant de ne pouvoir fixer un instant sans éprouver de violentes douleurs de tête, accusant une photophobie des plus pénibles, des douleurs frontales et périorbitaires presque constantes s'exaspérant à la moindre lecture. Ces malades sont, en outre, tourmentées par des sensations pénibles de brûlures, de piqûres de corps étrangers dans la conjonctive, et néanmoins elles ne présentent aucune altération du fond de l'œil, aucune anomalie de réfraction. »

Nuel a remarqué que les femmes qui en sont atteintes seraient surtout les filles d'un certain âge et les femmes mariées stériles.

La kopiopie n'a de commun avec l'asthénopie accommodative et musculaire que la ressemblance des symptômes, puisque l'accommodation comme la réfraction, dans ces cas, ont toujours été trouvée normales.

Quelle est donc sa nature ?

Förster admet dans la kopiopie hystérique une névralgie réflexe des nerfs sensibles du muscle ciliaire, dont le point de départ serait une compression exercée par la para-métrite atrophique des nerfs péri-utérins. Elle serait, en effet, toujours liée à une forme de para-métrite dite chronique et atrophique.

Schenkl l'a rencontrée deux fois en rapport avec des tumeurs ovariennes.

Tanguy fait de cette kopiopie utérine une affection toute spéciale qui pourrait, par ses symptômes seuls, être différenciée de l'asthénopie accommodative et de la névralgie ciliaire hystérique.

Les caractères différentiels qu'il donne sont d'une grande subtilité et paraissent d'ailleurs manquer de fixité.

Nous devons cependant, du travail de Tanguy, retenir ce fait : que les troubles kopiopiques existent en dehors de l'hystérie du seul fait de lésions utérines.

Mais il n'est pas moins démontré que les mêmes troubles se rencontrent en connexion avec l'hystérie en dehors de toute lésion utérine. En particulier ils ont été signalés chez l'homme.

Nuel, personnellement, les a observés trois fois ; nous en avons nous-même rencontré un cas.

X. — F... (Paul), quinze ans, se plaint d'éprouver le matin des douleurs dans l'œil droit : elles siègent tout autour de l'orbite et seraient plus violentes au niveau du sourcil.

Dès qu'il veut lire, les mêmes douleurs se produisent et lui rendent tout travail impossible.

La vision de l'œil gauche est normale ; celle de l'œil droit inférieure à 3/15 n'est améliorée par aucun verre ; à la kératoscopie, l'œil paraît manifestement emmétrope. Accommodation normale.

Rétrécissement concentrique du champ visuel plus marqué à droite avec inversion des cercles des couleurs, le bleu est devenu couleur périphérique, les champs visuels du blanc et du rouge se confondent.

Anesthésie de la conjonctive bulbaire et palpébrale de l'œil droit.

Abolition du réflexe pharyngien, points hystérogènes sous-mammaire droit, sous-scapulaire droit et pseudo-ovarien droit.

La compression de ces points amène une crise nerveuse avec sensation de constriction montant de l'estomac dans la gorge, larmoiement, sensation d'étouffement.

Nous devons rapprocher de cette affection des états névralgiques de la région ciliaire, tels que ceux rapportés par Landesberg.

Le premier, intitulé par l'auteur névralgie du corps ciliaire, a trait à une jeune femme de vingt-trois ans, hystérique. Elle accusait des douleurs violentes s'irradiant de la région ciliaire : ces douleurs s'augmentaient par le simple mouvement des paupières ; la pression du globe amenait une crise convulsive. Cet état disparut spontanément à la suite d'un traitement général.

L'autre cas rentre encore mieux dans le cadre kopiotique de Foerster : la malade, jeune hystérique de vingt-deux ans, ne se sent bien que les yeux fermés et dans la position horizontale. Dès qu'elle veut se servir de ses yeux, les plus violentes douleurs névralgiques se déclarent avec nausées et vomissements : les yeux sont emmétropes, mais leur acuité varie ; blépharospasme clonique intermittent. Guérison par le séjour à la campagne et le mariage.

Considérant les caractères de cette kopiotie, qui consistent en ce que le mouvement des paupières, l'action de la lumière, augmentent les douleurs, on pourrait se demander s'il n'existe pas dans ce cas sur l'œil des points douloureux analo-

gues à ceux que l'on rencontre sur le reste du corps. Ces points hyperalgésiques, siégeant sur le corps ciliaire, pourraient être influencés par le frottement des paupières sur la coque oculaire ; siégeant sur la rétine, ils seraient excités par la lumière.

Cela nous expliquerait comment le mouvement des paupières, la lumière intense exaspèrent ces douleurs.

2° MIGRAINE OPHTALMIQUE HYSTÉRIQUE

La coïncidence de la migraine ophtalmique avec l'hystérie est indiquée par de nombreux auteurs, mais aucun d'eux, n'y voyant les relations plus étroites qui paraissent les unir, n'avait fait de la migraine ophtalmique une manifestation de l'hystérie.

Ces relations signalées par Charcot (*Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 101) ont été étudiées par Babinski (1890) et par Fink dans sa thèse inaugurale (1891).

Les cas publiés par Babinski sont au nombre de quatre ; Fink y joint neuf observations nouvelles, ce qui porte à treize le nombre des cas publiés :

« Le syndrome migraine ophtalmique se compose de troubles de deux ordres : les troubles visuels suivis de près par les phénomènes douloureux. Au moment de l'invasion, le sujet éprouve une sensation d'éblouissement ; un point noir paraît au centre de l'image, il s'étend, et peu à peu se dessine sur ses bords un arc de cercle lumineux, coloré chez les uns, pâle chez les autres, disposé en zig-zag, agité par des oscillations continues. Ce scotome scintillant grandit en même temps que son centre s'éclaircit ; il est perçu, que l'œil soit ouvert ou fermé, et finit par disparaître arrivé aux limites du champ de la vision. Durant l'attaque, la vue est perdue pour les objets que le malade veut fixer : les lettres placées dans la périphérie

sont voilées. Les photopsies apparaissent ensuite et l'attaque laisse souvent après elle une hémiopie passagère.

» Ces phénomènes visuels précèdent les douleurs céphaliques de quelques secondes à une demi-heure ou une heure. La douleur est intra et périorbitaire, analogue à celle que produit le glaucome aigu. Généralement hémicrânienne, elle gagne quelquefois la moitié opposée.

» Des nausées, des vomissements terminent l'accès.

» La forme fruste est une phase de la précédente, les troubles visuels se montrent seuls ou sont remplacés par une névralgie oculaire; d'autres fois, ce sont les nausées qui manquent. » (Sarda.)

Les symptômes de la migraine ophtalmique sont sensiblement les mêmes dans l'hystérie.

La migraine constitue quelquefois l'aura de l'attaque d'hystérie: « C'est là un lien, dit Babinski, qui unit intimement les deux phénomènes, et suffit à établir l'identité de leur nature. »

On constate aussi que l'évolution de la migraine est contemporaine de celles des attaques d'hystérie: on voit les attaques convulsives apparaître vers la même époque et disparaître en même temps que la migraine.

Dans une autre série d'observations, on trouve les accès de migraine accompagnés de manifestations nerveuses dont la nature hystérique paraît indéniable; ce sont des mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières, des battements des tempes, sensation de constriction à la gorge, constituant par leur union des symptômes d'attaque d'hystérie fruste.

Enfin les accès de migraine peuvent apparaître sous l'influence de la pression exercée en certains points qui constituent *des points migrainogènes* analogues aux points hystérogènes.

Ces zones migrainogènes peuvent siéger sur l'œil lui-même, comme dans une observation de Babinski, au vertex, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, au niveau des zones ovariennes.

Dans quelques cas, les attaques hystériques cessent quand se manifestent les accès de migraine qui semblent ainsi remplacer les attaques et devenir la manifestation directe de la névrose.

Rappelant que, dans la migraine ophtalmique, l'hémiopie est si fréquente que Mauthner appelle cette affection scotome scintillant hémiopique; Babinski étudie les rapports de la migraine ophtalmique hystérique et de l'hémiopie.

La présence de l'hémiopie véritable paraît n'avoir jamais été constatée dans l'hystérie, aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir que l'hémiopie n'existe pas dans la migraine ophtalmique hystérique.

En effet, dans les treize observations de migraine ophtalmique hystérique, nous voyons quatre fois l'hémiopie cliniquement notée.

Mais, dans trois de ces observations (I, VI, XI de Fink), nous croyons que l'hémiopie consiste en un simple rétrécissement du champ visuel peu marqué dans les premières, atteignant la région maculaire dans la troisième.

Dans le quatrième cas (observation IV de Babinski), la céphalalgie disparue, la malade ne voyait que la moitié des objets. Provoquant chez elle par suggestion un accès de migraine ophtalmique, Parinaud fit séance tenante l'examen des yeux au moment où le malade ne voyait que la moitié des objets; le champ visuel fut trouvé plus rétréci qu'à l'état normal, mais il ne présentait pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente.

L'hémiopie dans la migraine ophtalmique n'a donc qu'un caractère essentiellement transitoire et passager; elle paraît

due à l'exagération momentanée du rétrécissement du champ visuel.

Le pronostic de la migraine ophtalmique hystérique est moins grave que celui de la migraine ophtalmique ordinaire, car elle paraît céder plus facilement au traitement.

III

AFFECTIONS HYSTÉRIQUES DES MUSCLES DE L'ŒIL

C'est seulement depuis le mémoire de Borel que nous avons des notions précises sur les troubles hystériques des muscles de l'œil.

Borel a réuni les observations éparses, et, les revisant avec un esprit d'impartiale critique, il est parvenu à établir que, si les contractures hystériques des muscles de l'œil étaient fréquentes, les cas de paralysies étaient très rares.

Les affections des muscles oculaires sont généralement liées à d'autres troubles hystériques, à l'amblyopie en particulier; seuls, quelques cas de blépharospasmes, de strabismes, sont parfois les premières et uniques manifestations oculaires de la névrose.

Muscles extrinsèques

I. — NYSTAGMUS

Assez fréquent dans l'épilepsie, le nystagmus est rare dans l'hystérie (Charcot, Sée, Bouchart).

Rouffinet lui attribue les caractères suivants : Il est mixte, c'est-à-dire existe aussi bien à l'état de fixation qu'à l'état de non fixation; il ne s'accompagne d'aucun trouble de réfraction. Il est permanent, peut diminuer d'intensité avec la disparition ou la diminution des crises, mais il ne disparaît jamais com-

plètement. Il diffère de celui de la sclérose en plaque en ce que ce dernier s'exagère avec les mouvements du globe oculaire.

Plus récemment, à propos du diagnostic différentiel de l'hystérie et de la sclérose en plaque, MM. Charcot et Grasset insistent sur l'absence de nystagmus dans les affections hystériques.

Nous n'avons vu qu'une seule fois le nystagmus noté dans l'hystérie : c'est dans un cas présenté par Debove à la Société médicale des hôpitaux (11 décembre 1891). Le malade présentait en outre un hémispasme facial.

II. — BLÉPHAROSPASME

La contracture de l'orbiculaire des paupières a été signalée par Hocken. Cet auteur avait même cru que l'amblyopie des hystériques était une conséquence directe de ce blépharospasme.

Quels sont ses caractères ?

Souvent lié à l'amblyopie, il est quelquefois, surtout chez les jeunes sujets, un des premiers symptômes de l'hystérie. Il affecte la forme clonique, la forme tonique, la forme pseudo-paralytique.

a) *Le Blépharospasme clonique*, le plus fréquemment observé, est passager ; il consiste, comme l'a indiqué Robin, en une série de contractions brusques et répétées, suivies du relâchement des paupières.

Bernutz a noté une forme plus atténuée, consistant en une vibration constante des paupières closes ou demi-closes, un léger clignement qui ne s'interrompt que pendant le sommeil.

b) *Blépharospasme tonique*. — Tandis que le blépharospasme clonique est toujours bilatéral, le *blépharospasme tonique* n'intéresse quelquefois qu'un seul œil. Il affecte la

forme indolore ou la forme douloureuse. Dans ce dernier cas, il siège sur les deux yeux avec exacerbation sur l'un d'eux.

Dans la forme indolore, fréquemment monoculaire, l'orbiculaire est contracté, la paupière supérieure plissée. Les efforts que fait le malade pour ouvrir l'œil n'impriment que de légères oscillations aux paupières. La paupière supérieure empiète sur l'inférieure; elle est de temps en temps animée de mouvements convulsifs spontanés (Gilles de la Tourette). Cette forme, d'après Robin, se présente par accès dont la durée varie de quelques minutes à quelques heures et plus.

c) *La forme pseudo-paralytique* a été décrite par Parinaud : Ici on n'observe pas le plissement de la peau du spasme tonique; si l'on ordonne au malade d'ouvrir les yeux, il rejette la tête en arrière, tandis que le frontal se contracte énergiquement. Si on veut entr'ouvrir les paupières, on éprouve une résistance qui n'existe pas dans le ptosis paralytique. Enfin on observe un signe caractéristique indiqué par Charcot, c'est l'abaissement du sourcil du côté où siège le spasme.

Cette forme paraît assez rare; nous en avons observé un cas dans lequel le blépharospasme fut la première manifestation de la névrose et d'une série de manifestations de la névrose (amblyopie, monoplégie, attaques).

XI. — H... (Joséphine), dix-huit ans, rempailleuse de chaises. A l'âge de huit ans, elle a été en traitement dans un hôpital de Lyon pour une ophtalmie probablement (?) strumo-infectieuse qui était accompagnée de cécité complète.

Depuis quelques jours, elle se plaint « d'avoir les yeux fatigués par la lumière.

Le 7 mai, en se levant, elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus ouvrir les yeux.

Elle n'a jamais eu de crise d'hystérie, mais elle a quelquefois des accès de suffocation, de boule qui de l'estomac monte vers la gorge, avec sensation de constriction et d'étouffement.

Abolition du réflexe pharyngien, zone d'anesthésie cutanée aux deux poignets, à la partie antérieure de l'épaule droite. Points hystérogènes ovarien, sous-mammaire et sous-scapulaire droit. La compression de ces points amène une sensation de boule avec constriction de la gorge, larmoiement et quelques mouvements convulsifs.

Les yeux sont clos, la paupière supérieure empiétant un peu sur la paupière inférieure.

Les paupières supérieures sont animées d'un frémissement léger ; quand on les relève, elles retombent brusquement.

Zone d'hyperesthésie cutanée s'étendant à 1 centimètre en dehors du pourtour de l'orbite ; l'hyperesthésie est bien plus accentuée à droite qu'à gauche.

Hyperesthésie conjonctivale manifeste ; cependant il ne paraît pas y avoir de photophobie. En effet, la malade a les yeux couverts par un bandeau ; quand on le lui enlève, elle cherche l'obscurité et se couvre les yeux avec la main ; mais si on la maintient quelque temps en pleine lumière, la malade ne s'en plaint nullement, et son œil gauche entr'ouvert supporte la lumière.

Quand on ordonne à la malade d'ouvrir les yeux, le frontal se plisse énergiquement, mais le ptosis persiste : cependant à gauche, la malade peut entr'ouvrir la paupière ; à travers la fente, on aperçoit la pupille un peu rétrécie.

14. — La malade est chloroformisée, mais la chloroformisation n'est pas poussée jusqu'à la résolution musculaire complète. Les paupières retournées, on aperçoit les culs-de-sac supérieurs hyperémisés. Massage vigoureux des paupières, extension forcée pendant quelques instants, légères scarifications des culs-de-sac.

Ce traitement, joint à une nouvelle séance d'extension forcée, amène en quinze jours la disparition presque complète de la blépharoptose. Cependant l'excitation des points hystérogènes, la compression des points d'émergence des sus-orbitaires la fait réapparaître momentanément.

4 juin. — Le blépharospasme a reparu aussi accentué que la première fois. A peine si l'œil gauche peut être entr'ouvert. Cette nouvelle apparition coïncide avec le retour des règles qui se sont déclarées la veille.

En même temps, il paraît y avoir une exaspération de l'état nerveux général. La malade depuis trois nuits n'a pas dormi ; elle est

oppressée par une sensation de pesanteur qui, partant de l'estomac, lui étreint la gorge ; cependant elle n'a pas eu de crise franche d'hystérie.

Le lendemain, la malade revient avec une monoplégie brachiale droite.

10. — La malade est envoyée au service de M. le professeur Grasset : hémianesthésie droite absolue, hémianalgésie gauche, anesthésie des conjonctives.

En même temps, l'état oculaire s'est compliqué d'une forte amblyopie.

Examinée le 28 mai, la malade avait une acuité normale : le champ visuel était concentriquement rétréci à 45° avec inversion des cercles des couleurs, le bleu étant devenu couleur périphérique (V. pl. II, fig. VII).

14 juin. — L'œil droit compte à peine les doigts ; l'œil gauche a une acuité de 1/2 ; le champ visuel est rétréci à 20° ; le bleu est périphérique à 30° (V. pl. III, fig. X).

5 juillet. — Anesthésie complète de tout le corps, anesthésie des conjonctives bulbaires et palpébrales ; la cornée a conservé sa sensibilité. Sous l'influence du traitement (application de l'aimant de Charcot, hydrothérapie), la monoplégie a disparu ; le blépharospasme reparait encore de temps en temps.

8. — La malade est plongée en hypnose ; le champ visuel de l'œil droit s'étend alors à 40° en dehors, à 45° dans les autres directions. A l'état de veille, le champ visuel de cet œil est réduit presque à un point. Le champ visuel de l'œil gauche n'est pas sensiblement élargi pendant l'hypnose.

La malade depuis quelques jours a des attaques qui la laissent en état cataleptoïde. Nous lui défendons par suggestion d'avoir de nouvelles attaques jusqu'au surlendemain.

9. — La malade a eu une nouvelle attaque à la Clinique, causée par une excitation malheureuse de ses zones hystérogènes. Le blépharospasme a reparu dans l'œil droit. Nous l'hypnotisons et lui suggérons qu'au réveil elle ouvrira sans difficulté les deux yeux. Effectivement au réveil de la malade le blépharospasme a disparu.

Gilles de la Tourette a noté que dans le blépharospasme indolore il existe une zone d'anesthésie superposée au spasme

et s'étendant en dehors de la région orbitaire à 2 centimètres environ ; la cornée seule garde sa sensibilité.

Dans le blépharospasme douloureux l'hyperesthésie remplace l'anesthésie, et elle s'étend à la cornée.

Le blépharospasme peut se manifester sous l'influence de divers facteurs : c'est ainsi que Lasègue le vit se produire chez une jeune fille à la suite d'une conjonctivite causée par quelques grains de sable qui avaient pénétré dans l'œil. Le blépharospasme persista quoique toute conjonctivité ait disparu depuis longtemps.

Dans notre cas, on note en même temps que le blépharospasme un peu de conjonctivite. Nous ne savons pas si elle a précédé la contracture, où si elle n'en est pas la conséquence. Mais l'influence des zones hystérogènes et hyperesthésiques paraît prépondérante : De Græfe nous montre un cas de blépharospasme hystérique cédant à la pression des points d'entrée des nerfs sus et sous-orbitaires. Zéhender rapporte le fait d'une jeune fille chez qui la compression de différents points, tels que les apophyses épineuses des vertèbres de la région parasternale gauche, exagérait la contracture.

Dans un cas publié par Richer et Gilles de la Tourette, la compression de la région sus-orbitaire fait momentanément disparaître la contracture.

Dans notre observation, la compression des points d'émergence des sus-orbitaires, des zones hystérogènes exagérait le blépharospasme, ou le faisait momentanément apparaître ; mais nous ne trouvâmes aucune zone dont la compression amenât la disparition de la contraction.

Le blépharospasme hystérique dans toutes ses formes, avons-nous dit, accompagne fréquemment d'autres troubles de l'organe visuel.

Dans un cas rapporté par Saint-Ange, il coïncidait avec la cécité complète ; de Fonseca rapporte deux cas de blépharo-

spasme clonique et tonique avec spasme des autres muscles de l'œil et diplopie. Dans le cas de De Græfe, le blépharospasme monolatéral était accompagné de contracture du droit interne, spasme de l'accommodation et névralgie ciliaire. Cuignet a vu chez une jeune fille le blépharospasme alterner avec le strabisme convergent et l'amblyopie.

Dans le cas de Landesberg, on notait une contracture de l'orbiculaire avec spasme de l'accommodation.

Pour Gilles de la Tourette, le siège du blépharospasme est central. Rouffinet croit que le point de départ de cette contracture de l'orbiculaire, pour certains cas du moins, est dans une hyperesthésie rétinienne intense, amenant ce réflexe d'occlusion palpébrale comme rempart contre la lumière.

III. — STRABISME SPASTIQUE

Depuis Landouzy, la notion de strabisme hystérique spastique est comme une tradition, et les auteurs répètent après lui « qu'on observe *souvent* pendant ou après les accès des déviations oculaires qu'on appelle strabisme hystérique. »

Au moment de l'attaque, il s'agit plutôt de roulements convulsifs des yeux, ou de déviations conjuguées, que de strabisme vrai.

En dehors des attaques, le strabisme spastique hystérique permanent est rare. « Le blépharospasme tonique des hystériques s'accompagne presque toujours de contracture des muscles des globes, dit Parinaud, mais la contracture isolée de ceux-ci est rare, du moins à l'état de contracture fixe. »

Borel, examinant cette question avec le soin qu'il a mis dans toute son étude des affections hystériques des muscles oculaires, n'a pu réunir que sept observations de strabisme spastique permanent. Deux de ces observations avaient été rapportées par leurs auteurs à une cause autre que l'hystérie :

cé sont celles de Terrier et de Mengin, qui avaient cru être en présence de strabismes réflexes provoqués par des névralgies dentaires.

Ces malades présentaient les stigmates hystériques les plus évidents : « L'influence de la carie dentaire, dit Borel, comme celle des névralgies dentaires envisagées comme causes réflexes, ne sont que des cas particuliers démontrant combien l'action du trijumeau est usurpée, alors que l'hystérie se cache sous des apparences diverses. »

Dans neuf cas de strabisme hystérique spastique que nous avons sous les yeux (sept rapportés par Borel et deux autres observés, l'un par de Lapersonne, l'autre par Landesberg), nous voyons que sept fois le spasme siégeait sur le droit interne, une fois sur le droit supérieur, une fois sur trois muscles simultanément : droit supérieur, droit externe, petit oblique.

Sept fois le strabisme coïncide avec des lésions oculaires autres, telles que amblyopie, photophobie, blépharospasme. Dans un cas (celui de Manz), le malade présentait au début un strabisme convergent produit par un spasme du droit interne de l'œil droit. Dans la suite de l'affection, le droit externe gauche fut atteint d'un spasme et on eut dans cet état l'image de la déviation conjuguée spastique transitoire

Cliniquement, les caractères du strabisme spastique hystérique sont les suivants : Il se présente surtout chez les jeunes sujets novices de l'hystérie qui n'ont pas eu d'attaque et chez lesquels la nature de la déviation est d'autant plus difficile à établir que les stigmates de la névrose sont très peu marqués.

La cause occasionnelle peut être une émotion morale vive, un traumatisme, une intoxication, une action réflexe, comme dans les cas de Mengin et de Terrier.

Un nouveau facteur, cause prédisposante que fait interve-

nir de Lapersonne, c'est l'hypermétropie. Dans la plupart des cas que nous trouvons, ce facteur a été négligé et l'état de réfraction n'est pas noté.

Le début de l'affection est brusque, l'œil n'est pas immobile, mais généralement agité de petites secousses qui augmentent quand le sujet veut fixer un objet. La diplopie est très difficile à mesurer à cause des mouvements et des changements du degré de déviation. Ce strabisme s'accompagne de clignements, de contracture fibrillaire de l'orbiculaire, de douleurs consistant en une pesanteur particulière au niveau de l'arcade frontale avec hyperesthésie rétinienne, ou affectant franchement la forme kopiopique.

L'observation de Lapersonne est tellement nette au point de vue symptomatique que nous croyons devoir la citer en entier :

« Il y a quelques jours, on nous amenait, à la Clinique, une jeune fille de quatorze ans atteinte d'un strabisme interne de 45° de l'œil droit, ayant apparu depuis trois semaines et accompagné de diplopie intermittente. Le strabisme s'accompagne de clignotements, et l'œil est parfois agité de mouvements irréguliers incoordonnés. Il n'y a ni photophobie ni larmolement; on n'observe que quelques légères douleurs frontales. L'acuité visuelle, le champ du regard sont normaux.

» La malade présente un habitus caractéristique. On observe chez elle des tics de la face, un hoquet fréquent, une respiration saccadée et irrégulière, une toux en aboiement; elle rit ou pleure très facilement et sans raison; elle a la sensation de boule et présente de l'hyperesthésie épineuse. Elle n'a pas, toutefois, de zone d'anesthésie. »

Nous devons remarquer l'époque de l'apparition du strabisme. Généralement, en effet, le strabisme remonte à l'enfance et son apparition si tardive est inaccoutumée. Le strabisme ne s'accompagne pas ordinairement de diplopie et surtout de diplopie intermittente.

La marche de l'affection est variable comme ses symptômes;

la déviation peut se modifier, disparaître, pour faire sa réapparition quelques mois après, comme dans le cas de Manz.

Ce strabisme invétéré pourra amener la parésie du muscle.

En présence d'un strabisme chez un hystérique, on doit examiner s'il s'agit d'un spasme musculaire ou d'une paralysie de l'antagoniste, ou simplement d'un strabisme concomitant.

Les éléments du diagnostic entre la paralysie et le spasme des muscles de l'œil ont été étudiés en détail par Parinaud (*Gazette hebdomadaire*, 1887). Les différences portent sur le champ de fixation monoculaire normal dans le spasme, présentant une encoche dans la paralysie ; sur l'inclinaison des images ; les contractures fibrillaires de l'orbiculaire ; les incoordinations des mouvements. Enfin, en dernière analyse, la chloroformisation tranchera la question.

Tout strabisme, chez un hystérique, n'est pas nécessairement une manifestation de la névrose, et il faut distinguer le strabisme hystérique du strabisme concomitant.

« Nous avons opéré dernièrement, dit de Lapersonne, une hystérique de dix-huit ans qui présentait, depuis la première enfance, un strabisme interne. Avions-nous chez elle un strabisme hystérique ? Assurément non ; nous avions un strabisme concomitant chez une hystérique. »

Ce strabisme concomitant ne présente jamais les variations subites du spasme hystérique ; il se développe dès la première enfance, il augmente par la fixation à courte distance, il ne s'accompagne pas de diplopie.

Cependant, même pour celui-ci, de Lapersonne admet que, quoiqu'il ne soit pas une manifestation de la névrose, il est souvent d'origine névropathique.

IV. — DÉVIATION CONJUGUÉE HYSTÉRIQUE

Elle est fréquente pendant l'attaque. Lévy a rapporté un cas où elle a persisté après les crises, disparaissant par application de l'aimant. Nous l'avons également notée dans le cas de Manz comme trouble passager succédant au strabisme spastique.

Elle est rare dans sa forme persistante, et l'observation de Frost que nous résumons succinctement est intéressante à cet égard. Elle met hors de doute le diagnostic de simple spasme, puisque la chloroformisation fait cesser la déviation.

X... (Annie), vingt-cinq ans, couturière, est atteinte de coxalgie hystérique depuis trois ans.

Elle présente une déviation oculaire conjugquée depuis un temps qu'on ne peut préciser (moins de quatre ans). Les deux yeux sont dirigés en bas et en dedans, l'œil gauche étant plus bas que le droit. Les paupières supérieures sont abaissées, la malade ne peut pas lever les yeux. Si pendant l'examen, sans qu'elle s'en aperçoive, on touche la paupière supérieure avec la pointe d'une plume, les deux yeux se tournent immédiatement en haut. Un œil étant obturé, l'autre œil suit les mouvements du doigt, et l'on peut constater que l'œil obturé accompagne les mouvements de l'autre tout à fait normalement. Pendant la narcose à l'éther, on vit les yeux reprendre leur position normale, avant même que l'anesthésie fût complète ; le traitement ne fit pas disparaître cet état.

V. — PARALYSIE DES MUSCLES DE L'ŒIL

Existe-il des paralysies hystériques des muscles de l'œil ? Le travail de Borel en relatait quelques observations ; une critique plus minutieuse a montré que, dans la plupart des cas, il s'agissait de spasme et non de paralysie ; en sorte que les observations de paralysies oculaires hystériques sont si rares, que Parinaud se demande si dans les faits rapportés on ne se trouve pas en présence d'une simple coïncidence.

Paralysie de la troisième paire. — Quelques cas de France, de Canton, de Dusmani, ne doivent pas arrêter l'attention ; ils ont rapidement cédé au traitement ou disparu spontanément ; d'ailleurs, dans les observations de ces auteurs, on n'avait pas établi s'il s'agissait de spasme ou de paralysie.

Schoefer avance que les paralysies du moteur oculaire commun, et en particulier du releveur de la paupière, sont très fréquentes dans l'hystérie infantile. Gilles de la Tourette, de Lapersonne, protestent contre cette opinion ; dans tous les cas où ils ont constaté la blépharoptose hystérique chez les enfants, il s'agissait d'un simple spasme de l'orbiculaire.

D'ailleurs, les cas de ptosis paralytique que Schoefer cite à l'appui de sa thèse l'infirmement singulièrement, quand on voit la paralysie guérir par simple pression des nerfs sus-orbitaires ou par l'ordre d'ouvrir les yeux.

La paralysie d'ordre hystérique atteignant les divers muscles innervés par la troisième paire ne paraît pas avoir une existence nettement établie. Borel en cite un seul cas emprunté à Gutmann. Dans un mémoire ultérieur, il reconnaît avec une bonne foi louable qu'il ne s'agissait dans ce cas que d'une contracture.

Debove a présenté à la Société de médecine des hôpitaux (1890) un malade chez lequel, à la suite d'un coup de pied de cheval au-dessus de l'œil droit (traumatisme assez violent pour amener une fracture de la boîte osseuse), on observa les troubles suivants : insensibilité de la peau du front et quelques jours plus tard paralysie de la troisième paire ODG, les mouvements d'adduction, d'élévation, d'abaissement sont nuls ; pupilles égales, un peu rétrécies, paralysie de l'accommodation.

D'autre part, on notait un rétrécissement concentrique du champ visuel avec anesthésie pharyngée. Sur la coexistence des paralysies et du rétrécissement, Debove fondait son diagnostic de paralysie hystérique, diagnostic qui aurait été con-

firmé par l'apparition deux ou trois mois après d'une nouvelle manifestation de l'hystérie : monoplégie incomplète du membre supérieur droit.

Le traumatisme seul a-t-il produit ces troubles et doit-on faire intervenir comme facteur étiologique l'hystérie traumatique ?

Si nous considérons la rareté des paralysies traumatiques de la troisième paire, nous sommes amenés à croire que, dans ce cas, l'affection oculaire est véritablement de cause hystérique.

Un cas plus argumentable a été communiqué par Parinaud et Richer à Gilles de la Tourette : il y avait paralysie de l'accommodation avec mydriase complète, paralysie incomplète du droit interne et du droit supérieur.

Gilles de la Tourette lui-même ne tient pas ce fait en dehors de toute contestation, « car, fait-il remarquer, il date de dix ans, époque où on ne serrait pas d'aussi près qu'aujourd'hui le diagnostic différentiel entre la paralysie et le spasme. »

Paralysie de la sixième paire. — Les cas de paralysie hystérique de la sixième paire ne sont pas nombreux ; ils rentrent dans la classe des paralysies associées avec spasme du muscle antagoniste.

Le cas de Duchenne rapporté aux paralysies par Borel ne doit pas être accepté comme tel ; il ne s'agit, en effet, que d'un spasme alternant et passager.

Un cas très net nous est fourni par Morax dans le compte rendu du service ophtalmologique de la Salpêtrière de 1888. Parinaud a noté chez ce malade (n° 43) : dyschromatopsie, micromégalopsie, polyopie monoculaire, paralysie conjuguée des deux oculo-moteurs externes.

Au n° 65 du même compte rendu, nous trouvons noté un cas de paralysie de la divergence : « Ces deux cas diffèrent,

dit Morax, en ce que, dans le premier, le défaut de mouvement est objectivement appréciable. »

Un cas très complexe a été observé par Borel au service de Landolt. De l'analyse de cette longue observation, il paraît résulter qu'on était en présence d'une simple parésie des deux droits externes avec spasme intermittent des antagonistes.

Quand nous avons également rayé du cadre de paralysie l'observation de Roder, où il donne comme paralysie un spasme intermittent du droit externe paraissant avant et après les attaques et s'accompagnant de spasme des autres muscles extrinsèques (ce qui donnait l'apparence d'une ophthalmoplégie externe complète), nous voyons à quoi se réduisent les paralysies de la sixième paire : à une simple parésie limitant les mouvements et affectant cette forme signalée par Parinaud de paralysie associée à un spasme des antagonistes.

VI. — INSUFFISANCE DE CONVERGENCE

Förster l'a remarquée, et dans la description de la kopiopie il la fait intervenir comme pouvant produire ces phénomènes douloureux. Manz, Fieuzal, l'avaient également notée dans l'amblyopie hystérique.

Borel en rapporte une observation détaillée et intéressante ; elle nous démontre l'inutilité de l'intervention chirurgicale dans ces cas ; en effet, deux opérations successives (ténotomie du droit interne, reculement du droit externe) n'amenèrent qu'une amélioration passagère. Peu de temps après l'opération, l'asthénopie motrice réapparaissait. Elle disparut à mesure que s'améliora l'état général.

L'influence de l'hystérie est manifeste dans la production de ce phénomène, puisque nous voyons l'insuffisance de convergence diminuer et disparaître en même temps que les

troubles hystériques s'améliorent; mais nous croyons que dans l'étiologie de cette affection la myopie joue un rôle.

Dans la plupart des cas où on a noté l'insuffisance de convergence chez des hystériques, nous voyons qu'il s'agissait de sujets myopes, et la myopie aurait agi comme cause prédisposante.

Cependant l'insuffisance de convergence peut se manifester en dehors de cette condition étiologique.

C'est ainsi que dans les deux observations suivantes d'Hubscher nous la voyons se produire chez deux individus, dont l'un est emmétrope et l'autre légèrement hypermétrope :

I. — Brodmann (Karl), quarante-huit ans, maçon, à Bâle, est, le 14 juin 1891, victime de la catastrophe de Moncuestein. Il a les deux genoux pris entre deux poutres et reste dans cet état sous les décombres des wagons jusqu'à sa délivrance, ayant d'ailleurs perdu connaissance. Outre une blessure à la tête, il présente une contusion au genou gauche.

Le traitement consista en repos au lit, massage et une saison thermale.

Il y a quatre mois, dit Hubscher, le malade m'est adressé avec le diagnostic d'arthrite et psychose traumatique, pour être traité par le massage et l'électricité.

Le malade se plaint depuis l'accident d'avoir l'esprit agité, son intelligence est affaiblie, son sommeil est troublé par des rêves pénibles, il croit être en chemin de fer et saute de son lit. Faiblesse dans les jambes avec douleurs lancinantes plus marquées dans le genou gauche.

Il se plaint en outre de sa vue, qui ne lui permet plus de lire.

Le malade a un habitus timoré; rien d'anormal dans le domaine du trijumeau et du facial; pas d'anesthésie pharyngée. La force musculaire est diminuée; léger tremblement des mains qui n'existait pas avant l'accident.

Zone d'anesthésie cutanée couvrant le genou lésé.

Examen oculaire. — Aspect extérieur normal, milieux transparents; pupille plus étroite à gauche qu'à droite, avec conservation des réflexes lumineux et accommodatif.

VOD = 0,4; VOG = 0,4 — 0,5. Pas d'amélioration par les verres. Amplitude d'accommodation = 4 dioptries, ce qui est normal à son âge. Les papilles sont pâles, excavées.

Le champ visuel des deux yeux est rétréci concentriquement pour le blanc, le rouge et le vert.

L'examen de la convergence est fait d'après la méthode connue de l'angle métrique de Nagel. Un angle métrique est cette incidence qu'ont les yeux quand ils fixent un objet à 1 mètre. Si l'objet est à 0^m,50, il faudra deux fois plus de convergence, soit 1/0,50 = 2 angles métriques; s'il est à 10 cent. il faudra 1/0,10, soit 10 angles métriques.

Nous faisons cette mensuration avec l'ophthalmo-dynamomètre de Landolt. Le patient fixe la fente lumineuse qui est approchée de ses yeux jusqu'à ce qu'elle soit vue double. Le moment où la diplopie apparaît indique que la force de convergence devient insuffisante. La distance de l'objet est alors mesurée et convertie en angles métriques.

La force de convergence, chez ce malade, est considérablement diminuée; nous ne trouvons que 3 angles métriques, tandis que normalement il doit en exister 10 à 12.

Il y a donc une asthénopie motrice se traduisant par une insuffisance de convergence manifeste.

On ne peut l'attribuer à la parésie du droit interne, car le champ de fixation normal démontre l'intégrité des muscles.

II. — Landerer (Auguste), trente-neuf ans, de Bâle. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Après son service militaire, il se marie; il a une fille de treize ans et remplit les fonctions de garde de nuit à Fischingen. Pas d'alcoolisme.

Le 12 juin 1891, voulant aller à Monchestein, il monta dans le deuxième wagon du malheureux convoi; il fut précipité dans la rivière avec des débris de toute sorte; il put cependant maintenir sa tête au-dessus de l'eau, et fut retrouvé privé de connaissance. Il avait une luxation coxo fémorale droite, que l'on réduisit pendant le sommeil chloroformique. Il avait également une fracture des 6^e et 7^e côtes à droite. Du service chirurgical, Landerer passe au service médical.

Il est, depuis l'accident, atteint d'insomnie contre laquelle ont échoué tous les médicaments hypnotiques. Il accuse dans le genou lésé des douleurs avec fourmillement à la partie antérieure de la cuisse. Après sept semaines de repos au lit, il part pour faire une

cure à Rheinfelden, ne pouvant marcher qu'avec une béquille. Il fit une seconde station à Bade, et, rentré chez lui, demanda de nouveau son admission à l'hôpital. »

Il se plaint de douleurs qu'il appelle « crampes », partant de la hanche et s'irradiant jusqu'au genou. La crampe augmente dès qu'il veut appuyer sur cette jambe, et s'il marche il se produit une véritable crise durant de quatre à cinq minutes.

Ces douleurs violentes se manifestent dès que le patient marche, et même spontanément lorsqu'il est au lit.

Ses nuits sont agitées, il tressaute dans un sommeil pénible et croit être précipité dans l'eau.

Le malade est un individu de taille moyenne à forte carrure, légèrement voûté, au regard vif. Sa marche est claudicante, il appuie peu sur la jambe droite : au repos, il se tient volontiers la jambe droite en avant.

L'examen général ne montre aucune lésion interne.

A 12 centimètres de la ligne de Poupart, vers l'angle inférieur du triangle de Scarpa, existe un point dont la compression amène la crise douloureuse. Un point analogue est trouvé au niveau du grand trochanter. Le réflexe rotulien est plus marqué à gauche qu'à droite.

Hémihypoesthésie droite et analgésie complète, zone d'anesthésie cutanée à la face interne de la jambe droite, anosmie, ageusie.

La conjonctive bulbaire droite est anesthésiée, comme si on avait instillé de la cocaïne dans l'œil. L'attouchement de la cornée n'amène pas le réflexe palpébral. Pupille plus large à droite, réflexes lumineux et accommodatif conservés. Champ du regard normal.

VOD avec $+ 0,5 = 0,7$; VOG avec $+ 0,25 = 1$.

Amplitude d'accommodation $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 3^{\text{d}}, 25 \\ \text{OG} = 4^{\text{d}}. \end{array} \right.$

Rétrécissement du champ visuel à droite pour le blanc, le rouge, le bleu et le vert. Chromatopsie normale: pupille OD pâle avec diminution du calibre des vaisseaux.

Convergence: P. = 3 angles métriques.

R. = 1,25 —

A. = 4,25 angles métriques.

L'amplitude de convergence est donc diminuée, le proximun qui devait être à 10 angles métriques est à 3 angles métriques.

Le diagnostic est celui de névrose traumatique après luxation de la

hanche droite : il repose sur les symptômes : 1^o douleurs ; 2^o points hystérogènes ; 3^o troubles de la sensibilité (hémianesthésie, analgésie, anosmie, ageusie, rétrécissement du champ visuel) ; 4^o insuffisance de convergence.

La myopie n'est donc pas une cause absolument nécessaire et l'insuffisance de convergence peut se produire chez des individus hypermétropes.

Hubscher a observé six cas analogues, mais il ne donne pas les détails des quatre autres observations.

Il est vrai que tous ces cas se rapportent à des névroses traumatiques et que Hubscher prétend faire de cette asthénopie motrice un caractère spécial des hystéries traumatiques.

VII. — PERTE DU SENS MUSCULAIRE DES MUSCLES OCULAIRES

Cette paralysie sensorielle a été entrevue par Lebreton et Szokalski, elle a été étudiée et nettement démontrée par Borel.

Il a pris pour sujet d'expérience deux malades de Charcot, atteints d'anesthésie totale avec perte du sens musculaire. Un des deux yeux étant clos, on faisait regarder l'autre dans un tube assez long. Ce tube avait pour but de soustraire à la vue du malade les objets familiers capable de le renseigner sur les mouvements de l'œil. On mettait la main comme un écran à une certaine distance de l'extrémité libre du tube, et on faisait suivre à l'œil les mouvements imprimés au tube ; quand aucun objet ne le renseignait, le malade ne savait indiquer la direction de son œil et répondait toujours à faux. Si par suggestion on produisait chez lui la déviation, à son réveil il ne savait dire de quel côté son œil était tourné.

VIII. — OPHTALMOPLÉGIE

L'ophtalmoplégie est un de ces mots qu'il faut définir chaque fois qu'on s'en sert.

La discussion récente que cette question vient de soulever à la Société d'ophtalmologie nous prouve qu'il est prudent d'expliquer ce terme chaque fois qu'on l'emploie, si on veut être compris de ses lecteurs ou de ses auditeurs. Nous entendons donc ici, avec Charcot et Hutchinson, par ophtalmoplégie l'immobilité du globe par la paralysie de tous ses muscles ; selon que l'accommodation sera en même temps paralysée ou intacte, l'ophtalmoplégie sera externe ou totale. Nous allons voir que l'application de ce terme à l'hystérie ne fait qu'augmenter la confusion qui l'entoure, puisqu'il s'agit ici de phénomènes nouveaux, d'une dissociation des mouvements involontaires et volontaires, la paralysie s'adressant seulement à ceux-ci.

Borel n'a pas trouvé de cas d'ophtalmoplégie vraie dans l'hystérie. Depuis il n'a été signalé aucun autre fait de ce genre, car nous ne devons pas retenir comme ophtalmoplégie vraie l'observation de Roder dans laquelle le malade avait par intervalle une contraction de tous les muscles de l'œil amenant son immobilisation.

L'ophtalmoplégie externe, que l'on a rencontrée dans l'hystérie, est un syndrome spécial ; elle est caractérisée par l'abolition des mouvements volontaires de tous les muscles moteurs des yeux et la conservation des mouvements inconscients.

Les premières observations de cette paralysie des mouvements volontaires de l'œil sont dues à Parinaud.

Nous en trouvons deux cas dans le compte rendu du service ophtalmologique de la Salpêtrière : « Le n° 66, nous dit Morax, est atteint d'une forme d'ophtalmoplégie externe que M. Parinaud regarde comme spéciale à l'hystérie et qu'il désigne sous le nom d'ophtalmoplégie hystérique pour la distinguer des autres formes. Il se passe dans les mouvements du globe oculaire quelque chose d'analogue à ce qui a

lieu dans la mobilité des membres inférieurs chez l'ataxique. »

La seconde observation de Parinaud, le n° 67, a trait à un malade qui, outre la paralysie des mouvements volontaires, présentait une paralysie de la paupière supérieure.

Ballet a rapporté quatre observations analogues ; mais dans trois cas l'hystérie était associée à une autre affection. Dans la quatrième observation, où l'hystérie seule était en cause, nous notons les mêmes symptômes que dans les faits rapportés par Parinaud : paralysie pour les mouvements volontaires et blépharoptose.

Les mêmes symptômes se présentent chez le malade de Raymond et Kœnig.

Nous voyons donc que, trois fois sur quatre, dans cette affection existe la blépharoptose.

Les mouvements du globe sont impossibles quand la sollicitation s'adresse à la volonté ; mais des sollicitations autres, telles qu'un bruit, une impression lumineuse déterminent des mouvements réflexes du globe.

L'ophtalmoplégie hystérique est donc une paralysie des mouvements volontaires du globe avec blépharoptose.

Cette dissociation de la mobilité consciente et inconsciente existait aussi dans le cas de Kœnig et Raymond pour les muscles du cou et du bras.

Meyer s'élève contre toute idée de voir une paralysie musculaire dans ces cas : « Quant au diagnostic d'ophtalmoplégie externe, dit-il, chez une personne qui peut diriger ses yeux dans tous les sens ; c'est comme si on déclarait paralytique un individu qui ne veut pas bouger ses jambes lorsqu'on le lui commande, et qui se met à danser lorsqu'on n'y regarde pas. »

Contre l'existence réelle de ce syndrome, il rappelle qu'il est très fréquent dans la pratique journalière de ne pouvoir obtenir le moindre mouvement des yeux commandé aux malades, qui, d'ailleurs, regardent dans tous les sens avec une

mobilité parfaite des globes oculaires lorsqu'on ne leur en parle pas.

Nous sommes entièrement de son avis ; l'ophtalmoplégie hystérique n'est pas une paralysie analogue aux ophtalmoplégies vulgaires ; elle n'a de commun avec celles-ci que le nom. L'ophtalmoplégie hystérique est la dissociation absolue des mouvements conscients et des mouvements inconscients. Et quant au dernier argument de Meyer, il est péremptoire en faveur de ce syndrome hystérique. En effet, nous observons que ce phénomène se produisant parfois pour ainsi dire physiologiquement, pourquoi s'étonner si nous le rencontrons beaucoup plus net et plus accusé dans certains états pathologiques, tels que l'hystérie ?

L'exagération d'un effet physiologique ne peut-elle devenir un symptôme pathologique ?

Muscles intrinsèques

I. — PARALYSIE ET CONTRACTURE DU MUSCLE ACCOMMODATEUR.

Nous avons réuni dans un même chapitre les paralysies et contractures de l'accommodation.

1° Contracture du muscle accommodateur

Elle n'est pas rare dans l'hystérie ; elle accompagne presque toujours le spasme des autres muscles ; elle se montre souvent seule ; elle est partielle ou totale.

a) *La contracture totale* est connue depuis longtemps ; nous avons vu qu'elle jouait un rôle important dans la production de la polyopie.

Elle crée dans l'œil une myopie de courbure amenant la

confusion à une courte distance du *punctum remotum* et du *punctum proximum*.

L'accommodation n'existe donc plus dans cet œil, et la vision n'est nette qu'au foyer dioptrique.

L'atropinisation fait disparaître cette contracture.

b) *Contracture partielle du muscle accommodateur.* —

Le premier cas de contracture partielle du muscle accommodateur, dans l'hystérie, a été signalé par Borel (*Soc. franç. d'opht.*, 1888, p. 277) : Une malade, atteinte d'amblyopie hystérique, voyait par les verres cylindriques concaves son acuité passer de $\frac{2}{10}$ à $\frac{6}{10}$. L'astigmatisme était-il le fait de l'hystérie ou préexistait-il? c'est ce que la suite permit d'éclaircir. En effet, l'amblyopie augmenta au point que la malade n'y voyait plus pour se conduire. Sous une influence morale vive (voyage à Lourdes et plongeon dans la piscine), la malade fut guérie subitement. Examinée alors, ses yeux sont emmétropes, et les verres cylindriques ne font que troubler la vision.

Galezowski a rapporté dernièrement un second cas analogue à la Société de biologie. Il s'agissait d'une jeune femme hystérique atteinte depuis plus de six ans d'hémianesthésie droite avec hémioptie homonyme de la moitié gauche des deux yeux. On constatait en même temps un astigmatisme provenant d'un état de contracture permanent des fibres musculaires du muscle accommodateur. Après avoir persisté plusieurs années, cet astigmatisme finit par disparaître en même temps que la santé générale s'améliorait.

Nous avons pu nous-même en observer un troisième cas. Il s'agit de cette malade qui fait le sujet de notre observation V. Lorsque nous l'examinons, le 21 novembre 1891, nous constatons une contracture totale du muscle accommodateur produisant une myopie de 4 d.; pas d'astigmatisme. Or, en

recherchant dans les registres de la clinique, nous avons retrouvé l'observation de cette malade. Dans ce premier examen, qui date du 28 mai 1889, on avait trouvé six dioptries d'astigmatisme myopique à droite et une dioptrie à gauche.

Il paraît donc se produire quelquefois dans l'hystérie un spasme irrégulier du muscle ciliaire se manifestant par l'apparition d'un astigmatisme plus ou moins fort.

2° *Paralysie du muscle accommodateur isolée*

Elle a été rarement observée. Nous la trouvons signalée dans une observation de Roder. Elle se manifeste par de l'asthénopie accommodative. Nous voyons dans le cas de Roder que, malgré son état d'emmétropie, la jeune malade ne peut lire sans un verre de + 3 dioptries.

Elle est facilement différenciée de la contracture, qui produit au contraire la myopie et exige l'emploi de verres concaves.

Associée, on l'a observée dans quelques cas de paralysie ou de parésie de la troisième paire.

II. — PARALYSIE ET CONTRACTURE DE L'IRIS

Avant d'étudier les modifications pupillaires que, sous l'influence de la névrose, nous pouvons rencontrer chez les hystériques, il faut déterminer exactement la symptomatologie des troubles paralytiques ou spastiques de l'iris.

L'existence du sphincter pupillaire, du muscle contracteur de la pupille, n'est niée par personne; celle du muscle dilateur est admise par les uns (Kölliker, Henle, Ivanoff, Michel, Picqué...); elle est niée par les autres (Grundhagen, Schwalbe, Franck, etc...).

Mais si l'existence du *dilatator pupillæ* est douteuse au point de vue anatomique, au point de vue pathologique son

existence simplifie considérablement l'explication des phénomènes paralytiques ou spasmodiques que l'on remarque du côté de l'iris.

On peut alors, dit Philipsen, ramener à quatre types les altérations des mouvements pupillaires :

1° *Myosis spasmodique*. — Pupille fortement contractée, à peine influencée par la plus forte lumière ou la convergence.

Elle a été observée dans la sclérose disséminée, dans l'amblyopie nicotique par Nuel. Elle est produite par toute irritation du trijumeau dans l'œil : blessures, iritis, etc.

2° *Myosis paralytique*. — Pupille contractée, mais réagissant à la lumière et à l'accommodation. Symptôme fréquent des affections de la moelle cervicale et de la méningite cervicale.

3° *Mydriase spasmodique*. — Pupille dilatée avec conservation des réflexes lumineux et des mouvements de l'accommodation. Elle se dilate un peu sous l'influence de l'atropine ou de la cocaïne, tandis que l'ésérine a peu d'effet. Elle n'est pas accompagnée de paralysie de l'accommodation.

Elle est due à une irritation du centre célio-spinal ou des fibres dilatatrices de la moelle cervicale, ou enfin du sympathique cervical ; elle a toujours une cause située en dehors de l'œil. On l'observe dans diverses affections cérébrales, dans l'asphyxie, au début de l'ataxie.

d) *Mydriase paralytique*. — Pupille moyennement dilatée ; perte des réflexes lumineux et de l'accommodation, tandis que le réflexe cutané est conservé. Elle est presque toujours accompagnée de paralysie de l'accommodation.

Elle est due souvent à une action locale sur l'œil (atropine) ou à une paralysie de l'oculo-moteur, depuis son noyau antérieur jusqu'à ses branches périphériques.

Le myosis paraît assez rare dans l'hystérie; il a été signalé par Galezowski comme accompagnant la contracture du muscle ciliaire et cédant rapidement à l'influence de l'atropine. Il ne peut s'agir dans ces cas que d'un myosis spasmodique.

La mydriase, sans être fréquente, a été observée quelquefois.

La mydriase spasmodique apparaît nettement dans l'observation de Roder; elle précède les attaques; l'ésérine n'a aucune action sur elle.

Nous en avons observé un cas assez curieux chez une malade du service de M. le professeur Carriou et dont nous avons déjà relaté l'observation (VI). Cette malade, atteinte d'amblyopie hystérique plus marquée à gauche (côté hémianesthésique), présente une dilatation pupillaire intermittente. Dans les périodes de dilatation, la pupille est sensible à l'action de la lumière; elle se rétrécit, si on fixe le regard de la malade sur un objet rapproché, mais ce rétrécissement est bien moindre que normalement. Ce phénomène est plus marqué à gauche qu'à droite; il n'y a pas de contracture du muscle ciliaire, puisque dans ces moments on constate à la kératoscopie une hypermétropie de trois dioptries.

D'autres auteurs ont signalé la mydriase dans l'hystérie: Dubois cite le fait d'une jeune fille de douze ans, hystérique avec amblyopie et convulsions cloniques du globe. On constatait une mydriase double qui disparut par le traitement.

Bertillon, chez une jeune hystérique de dix-sept ans atteinte d'amblyopie avec rétrécissement concentrique du champ visuel et dyschromatopsie, note à droite une dilatation pupillaire rebelle à tout traitement.

Ces cas rentrent également dans le cadre des mydriases spasmodiques. Giraud-Teulon, de Lapersonne, Pruvost, ont observé la mydriase dans l'amblyopie hystérique et la rapportent toujours à la forme spasmodique, en sorte que, comme pour les autres muscles oculaires, la paralysie du sphincter irien serait exceptionnelle dans l'hystérie.

IV

LÉSIONS OCULAIRES ORGANIQUES DE NATURE HYSTÉRIQUE

Tous les troubles de l'organe visuel que nous avons vus jusqu'ici dans l'hystérie sont des troubles fonctionnels ; en dehors de ces troubles, existe-t-il des lésions oculaires organiques imputables à l'hystérie ?

Cowpland a signalé à la Société d'ophtalmologie du Royaume-Uni (séance du 9 déc. 1886) la présence d'ecchymoses sous-conjonctivales dans l'hystérie ; elles se présentaient sous la forme d'extravasations sanguines noirâtres ; il les croit dues à des lésions du système nerveux.

Ces ecchymoses ne peuvent avoir une grande signification, des causes multiples peuvent les produire ; Janot en particulier les a vu coïncider avec de légers troubles menstruels.

Peut-être n'était-ce qu'un signe précurseur d'un phénomène observé quelquefois : les hémorragies oculaires.

Celles-ci ont été signalées par Rémond : elles étaient accompagnées d'hémorragies auriculaire et palmaire.

Heuzinger (cité par Cohn) relate le fait d'une jeune fille hystérique chez laquelle il fut appelé à constater un écoulement sanguin par l'angle de l'œil.

Simi a publié, sous le titre de *Un cas d'ophtalmie hystérique*, l'observation suivante :

« X... , jeune fille de seize ans, hystérique, fortement développée pour son âge, présentait une injection péri-cornéenne, une iritis, une infiltration de la cornée, une hypertonie, une névralgie du trijumeau et une perte presque complète de la vision ; on eût diagnostiqué une irido-choroïdite ordinaire s'il ne s'était pas produit une forte rémission dans la marche des accidents avec aggravation consécutive. Finalement on s'aperçut que les aggravations se produisaient toujours au

début d'une époque menstruelle, les règles étant très douloureuses ; à la fin de chaque période, l'état de l'œil s'améliorait.

» Un traitement général dirigé contre l'hystérie, une bonne alimentation, l'administration interne du bromure de potassium, un traitement contre une dermatose dont était affligée la jeune malade, eurent pour résultat une diminution progressive et finalement la disparition des accidents oculaires. »

L'hystérie, dans ce cas, paraît devoir être complètement hors de cause. En effet, nous voyons coexister des troubles menstruels et une dermatose ; les troubles menstruels suffisent à nous expliquer l'irido-choroïdite ; à la dermatose, comme source infectieuse, on peut rapporter l'infiltration cornéenne.

TROISIÈME PARTIE

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ŒIL HYSTÉRIQUE

I

DE LA SIMULATION DES TROUBLES HYSTÉRIQUES OCULAIRES.

Nous venons d'examiner les différentes manifestations oculaires de l'hystérie, en déterminant les caractères exacts de chacune d'elles.

Cette détermination, cette connaissance précise des troubles oculaires hystériques, acquiert une importance manifeste si on se place au point de vue qu'il nous reste à étudier au point de vue séméiologique.

En effet, l'hystérie se cache sous différentes formes; elle revêt les aspects les plus divers : elle s'associe, se superpose aux lésions organiques; elle simule tous les troubles du système nerveux : « C'est une mauvaise expression, dit M. Grasset, de prétendre que l'hystérie simule une maladie organique; elle ne simule rien, elle ne masque rien, elle ne se larve pas pour cela; elle est dans son droit, elle ne manifeste pas des troubles physiologiques qui correspondent au siège de son altération, et ce trouble est naturellement le même que dans les lésions organiques ayant le même siège. »

Or, si dans l'œil hystérique nous trouvons un cachet caractéristique et constant de la névrose, on comprend quelle sera

la valeur de ces symptômes dans la diagnose de ces formes, simulées ou associées.

Les troubles oculaires de l'hystérie, les symptômes de l'amblyopie hystérique, peuvent difficilement être simulés par le malade. Nous avons examiné dernièrement un soldat qui était en traitement à l'hôpital pour accès hystériformes ; le diagnostic étant fortement indécis, nous recherchâmes les signes oculaires de l'hystérie ; mis en présence du périmètre de Badal, le patient manifesta une frayeur inexplicable, et, après une heure d'examen et de réponses contradictoires, nous acquîmes la conviction intime et personnelle de la nature de son affection. L'examen oculaire pourra donc, dans ces hystéries simulées, servir à déjouer les jongleries de l'intéressé.

Cette question de la simulation des troubles hystériques a été examinée en détail par Wilbrand au sujet des névroses traumatiques et des questions judiciaires qu'elles soulèvent. Il reconnaît qu'il est facile de simuler l'amblyopie ; mais « les simulateurs la simulent mal », ils ignorent que l'amblyopie est plus accentuée du côté de l'hémianesthésie ; il n'est généralement pas difficile de les convaincre de mauvaise foi.

« Simuler le rétrécissement concentrique du champ visuel n'est pas chose impossible, nous dit Wilbrand ; mais il est plus facile de simuler un rétrécissement très marqué qu'un rétrécissement très léger.

» L'acuité, normalement, diminue du centre à la périphérie ou peut se fixer dans le voisinage du centre de fixation un point où s'arrêtera la limite du champ visuel, et par l'exercice on peut se rendre compte de la distance relative de ce point. Peu de gens sont capables de feindre de pareils symptômes ; on ne pourrait y arriver que par un long exercice ; mais même par l'exercice on n'arrivera jamais à pouvoir simuler un léger rétrécissement du champ visuel. »

D'ailleurs l'examen du champ visuel pour le malade est

quelque chose d'inconnu, et dans les cas de simulation il exagérera de façon à présenter un champ visuel très rétréci, parce que dans son idée l'exagération du rétrécissement rendra son cas pire. Or, fait remarquer Wilbrand, le degré d'incapacité du travail dépend plutôt du degré de diminution de l'acuité que du degré de rétrécissement du champ visuel ; et, au point de vue symptomatique, un rétrécissement très marqué n'a pas plus d'importance qu'un rétrécissement léger.

Ce qu'il sera impossible au sujet de simuler, c'est le rétrécissement du champ visuel avec ses caractères propres d'inversion des cercles colorés.

La notion exacte de ces faits est plus importante, toujours au point de vue médico-légal, quand il s'agit d'établir la responsabilité d'un individu, et de déclarer si l'hystérie oui ou non peut être mise en cause.

Dans ce siècle de névrose, on tend à faire du criminel un instrument aveugle, et à chaque instant, dans les affaires dites retentissantes, nous voyons la défense, peut-être à défaut d'autres arguments, représenter son client comme un malheureux hystérique, irresponsable jouet de ses passions ou d'une main criminelle (Chambige, Gabrielle Bompard). En effet, nous savons que les hystériques, soit à l'état de sommeil provoqué, soit même à l'état normal, peuvent inconsciemment accomplir toute espèce d'actes. C'est au médecin légiste qu'il appartiendra de déclarer si oui ou non l'accusé peut entrer dans la série de ces irresponsables. Son enquête sera laborieuse : tout pousse l'inculpé à la simulation, à l'exagération ; il fera tout pour égarer le diagnostic médical dans le sens qui lui est favorable. Mais, si certains stigmates hystériques peuvent être simulés, il en est d'autres que je pourrai appeler inconscients qui ne peuvent être exagérés, qui défont la contrefaçon : ce sont les stigmates oculaires ; d'où l'importance de leur constatation.

II

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LES DIFFÉRENTES FORMES D'HYSTÉRIE.

L'hystérie peut se manifester seulement par des troubles oculaires, et de la constatation de ces troubles sans autres symptômes généraux pourrions-nous directement remonter à la cause ? Pouvons-nous imiter Magnus, qui, chez une fillette de dix ans, constatant une amblyopie avec rétrécissement du champ visuel et achromatopsie sans lésions oculaires aucune, porta sur ces seuls symptômes le diagnostic d'amblyopie hystérique ?

Avant d'étudier cette question, il est un autre point que nous devons étudier.

Nous avons établi les troubles oculaires de l'hystérie sans faire aucune différence entre l'hystérie simple, la grande hystérie, l'hystérie traumatique et les hystéries toxiques.

Trouvons-nous des symptômes différents selon la forme de l'hystérie !

La question a été soulevée seulement au sujet des névroses traumatiques ; Hubscher, Wilbrand, ont cherché dans ces cas à établir un tableau symptomatique différent tant pour les troubles généraux que pour les troubles oculaires (1).

Nous admettons en France que les névroses traumatiques ne sont que des manifestations hystériques des formes peut-être un peu différentes, mais qu'au fond c'est toujours la même névrose.

(1) Nous n'avons pu prendre connaissance de l'ouvrage que Wilbrand et Saenger viennent de faire paraître « *Über Sehstörungen bei functionellen Nervenleiden* » et avons dû nous contenter des extraits qui avaient paru dans le *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.

Les Allemands, au contraire, tendraient à faire de l'hystérie une névrose particulière, ressemblant à l'hystérie par ses symptômes, mais en différant par sa nature.

Wilbrand divise en quatre groupes les névroses traumatiques.

Dans le premier groupe, il range les cas où le malade n'accuse aucun trouble de la vue.

Dans le second groupe, il y a des troubles asthénopiques sans lésions appréciables du système cérébro-spinal et de ses enveloppes. A ce groupe appartiennent la plupart des cas. Les troubles asthénopiques que l'on y rencontre sont les suivants :

- a) Rétrécissement concentrique du champ visuel;
- b) Fatigabilité de la force visuelle centrale ou périphérique se manifestant par le scotome central ou l'exagération du rétrécissement quand on fatigue la rétine;
- c) Photophobie;
- d) Photopsies, boules colorées;
- e) Hallucinations de la vue;
- f) Diminution de l'acuité centrale;
- g) Macropsie ou micropsie;
- h) Polyopie monoculaire;
- i) Asthénopie accommodative;
- j) Diplopie;
- k) Blépharospasme clonique ou tonique.

Dans le troisième groupe figurent les névroses traumatiques qui ne nous intéressent pas; celles dans lesquelles il y a des lésions matérielles: fracture du crâne, blessure du nerf optique, lésions du cerveau.

Il classe enfin, dans le quatrième groupe, « les états nerveux des enfants chez qui le traumatisme réveille une névrose qui sommeillait. »

Un traumatisme léger, chez ces sujets névropathes héréditaires, fait apparaître la névrose.

A ce dernier groupe, on pourrait peut-être rattacher les amblyopies traumatiques par irritation réflexe du nerf sus-orbitaire.

On a depuis longtemps observé la gravité de certains chocs. A la suite de chute, de coup sur la région sus-orbitaire, on voit fréquemment apparaître une amblyopie plus ou moins marquée. Ces amblyopies traumatiques semblent devoir se diviser en deux classes : dans la première, figurent les cas où, rapidement, se produit l'atrophie optique et qu'on peut expliquer par une déchirure ou une compression mécanique du nerf.

Dans la seconde classe se rangent les amblyopies traumatiques sans lésions apparentes. Pour les expliquer, on avait invoqué l'action réflexe du trijumeau par contusion directe du nerf sus-orbitaire. Le domaine des amblyopies par action réflexe tend à se rétrécir de jour en jour, et la plupart de ces amblyopies traumatiques sont appelées à être rangées dans le cadre des lésions hystéro-traumatiques.

Après avoir comparé les troubles asthénopiques de ces névroses traumatiques aux troubles traumatiques de l'hystérie, Wilbrand est forcé d'en arriver à cette conclusion : que les symptômes complexes d'asthénopie nerveuse sont les mêmes dans l'hystérie et dans l'hystéro-traumatisme, avec cette seule différence que, dans l'hystérie, ces symptômes sont plus accusés du côté de l'hémianesthésie.

Il est en effet assez rare, dans les cas d'hémianesthésie hystérique, de trouver un rétrécissement du champ visuel identique dans les deux yeux ; celui du côté anesthésié est toujours beaucoup plus rétréci que l'autre. Dans l'hystéro-traumatisme, au contraire, nous trouvons, même avec de l'hémianesthésie, les deux champs visuels identiquement rétrécis.

Dutil rapporte l'observation d'un employé de chemin de fer qui, à la suite d'un accident, fut atteint d'une névrose traumatique hystérique (début neurasthénique aboutissant à des symptômes nettement hystériques). Comme troubles oculaires, on notait de la polyopie et un rétrécissement concentrique léger, mais identique dans les deux yeux, quoiqu'il y eût une hémianesthésie droite.

Sur cette seule particularité, dont la constance est encore à démontrer, il paraît téméraire de fonder le diagnostic différentiel de la forme de l'hystérie.

Hubscher a été frappé d'un symptôme constant qu'il a trouvé dans les névroses traumatiques. Dans six cas d'hystéro-traumatisme consécutifs à la catastrophe de Monchestein, il a observé cette asthénopie motrice comme un symptôme constant : « Je considère ce symptôme, dit-il, comme un stigmate de l'origine traumatique de la névrose. »

Nous ne pouvons partager cette manière de voir, l'insuffisance de convergence comme les autres troubles amblyopiques se rencontre la même dans toutes les formes d'hystérie, et jusques à aujourd'hui nous ne trouvons dans les symptômes oculaires aucun caractère spécial à telle ou telle forme d'hystérie.

III

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES TROUBLES HYSTÉRIQUES DES MUSCLES OCULAIRES, DE LA KOPIOPIE ET DE LA MIGRAINE OPHTALMIQUE HYSTÉRIQUE.

Nous devons maintenant apprécier la valeur respective des différentes manifestations oculaires de l'hystérie au point de vue du diagnostic, déterminer la véritable valeur patho-

gnomonique de chacun des symptômes que nous avons observés.

Examinons en premier lieu les troubles des muscles oculaires. Leur histoire ne date que d'hier ; elle est encore trop incomplète pour que la constatation de ces symptômes isolés nous permette d'établir leur parenté avec la névrose. La plupart des troubles musculaires ne sont observés que chez des hystériques avérés. Seuls, le blépharospasme et le strabisme spastique ont été signalés comme étant quelquefois les premiers symptômes de la névrose ; mais déjà l'époque de l'apparition du strabisme spastique pourra nous faire soupçonner la névrose. En effet, le strabisme vulgaire se manifeste habituellement de bonne heure, dès que l'enfant commence à fixer les objets : le strabisme hystérique apparaît à un âge plus avancé.

Les caractères du blépharospasme hystérique sont importants à connaître. Charcot nous en donne un exemple frappant dans sa leçon sur l'hystérie simulatrice du syndrome de Weber.

Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis quelques années, se plaignait d'un ptosis de la paupière gauche. Simultanément elle avait présenté une parésie d'abord, puis une paralysie complète des membres du côté droit : hémiplegie droite avec paralysie de la paupière gauche. Ces deux symptômes rappelaient le syndrome de Weber, symptomatique d'une lésion du pédoncule cérébral.

Mais la question changeait de face si, au lieu de se trouver en présence d'une paralysie du releveur, on avait affaire à une contracture de l'orbiculaire ; il ne pouvait être alors question d'une forme atténuée de la maladie de Weber.

« Or, nous dit Charcot, quelque minutieux que fut ce diagnostic dans le cas actuel, nous pûmes établir qu'il s'agissait d'un blépharospasme. »

La paupière n'avait pas la rigidité habituelle du blépharospasme; elle n'était pas animée de ces frémissements convulsifs que l'on remarque dans le cas de contracture, quand on ordonne au malade d'ouvrir les yeux; mais le sourcil gauche est abaissé, les plis transversaux du front sont plus accentués du côté sain: vers l'extrémité nasale du sourcil abaissé, on remarque une fossette avec trois petits plis verticaux.

La constatation de ces caractères permet d'établir qu'il s'agit d'un blépharospasme. De quelle nature est-il? L'anesthésie de la cornée, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la polyopie monoculaire, indiquent la nature hystérique de la lésion.

Sur quels signes s'appuiera donc le diagnostic différentiel entre le spasme et la paralysie de l'orbiculaire? Charcot indique deux points de repère: ce sont l'abaissement du sourcil, et les plis verticaux de la région frontale. Dans les cas de spasme, le sourcil du côté contracturé est abaissé; dans les cas de paralysie, on ne note pas cet abaissement du sourcil. De plus, on remarque du côté de l'œil atteint du blépharospasme, vers la région médiane du front, trois sillons verticaux, trois rides limitant une petite fossette. Malheureusement, quand le spasme est double comme dans notre observation XI, ce signe important de l'abaissement du sourcil fait défaut; mais si on soulève la paupière, dans le blépharospasme, elle résiste; elle retombe brusquement dès qu'on cesse de l'attirer; dans la paralysie, au contraire, la paupière est flasque, retombe plus lentement. Enfin la découverte de points spasmogènes, de points dont la pression exagère ou produit le spasme, sera un argument certain en faveur de la nature hystérique de la contracture. En effet, ces points n'ont jamais été notés en dehors de l'hystérie.

La migraine ophthalmique hystérique, loin d'avoir des caractères propres et nets, ne peut être établie et reconnue comme telle qu'autant que l'on connaît la nature hystérique du ter-

rain sur lequel elle se manifeste. Nous en dirons autant des lésions organiques; elles se réduisent d'ailleurs à peu de choses: ecchymoses, hémorragies. Les ecchymoses oculaires se produisent sous les causes les plus variées. Janot en a cité un cas coïncidant avec une dysménorrhée légère, et se renouvelant deux fois de suite aux époques menstruelles: Hirschberg les a signalées (et nous avons pu vérifier le fait) comme signe prémonitoire du diabète; les maladies du cœur, l'artériosclérose facilitent leur apparition.

Les hémorragies oculaires sont plus rares: nous en avons observé un cas spontané chez un vieil artério-scléreux pensionnaire de l'Hôpital général qui vient fréquemment à la Clinique: atteint d'irido-choroïdite double, il subit à deux intervalles une iridectomie dans l'œil droit, puis dans l'œil gauche. Dernièrement, à deux reprises différentes, il fut pris d'une hémorragie oculaire assez abondante pour exiger le tamponnement de l'œil. De tels symptômes peuvent exceptionnellement faire songer à l'hystérie.

Les phénomènes kopiopiques (névralgie du corps ciliaire, asthénopie nerveuse) sont plus nets. Un malade se présente accusant des troubles de cette nature, le diagnostic pourra hésiter entre la migraine ophtalmique, la névralgie du trijumeau, l'asthénopie accommodative ou musculaire.

La migraine ophtalmique, la névralgie du trijumeau, ont des symptômes spéciaux qui permettront de les écarter rapidement: l'examen de la réfraction, de l'accommodation, de la convergence, nous permettra d'éloigner l'asthénopie. Nous arriverons donc par exclusion au diagnostic des douleurs kopiopiques; mais, si nous ne trouvons pas d'autres stigmates, pourrions-nous mettre en cause l'hystérie? pour ma part, je ne le crois pas.

Nous voyons donc que les troubles que nous venons d'énumérer ne sont ni assez caractéristiques, ni assez spéciaux pour

nous autoriser à affirmer leur nature hystérique, quand nous les rencontrons isolés.

IV

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE

Il n'en est pas de même de l'amblyopie hystérique; celle-ci a des caractères qui permettent de reconnaître plus facilement sa nature.

L'examen oculaire, dans un certain nombre de cas, pourra nous fournir un argument sérieux en faveur de la névrose, même en dehors de toute lésion amblyopique, de tout rétrécissement du champ visuel. Nous disons un certain nombre de cas, car le petit nombre de faits que nous avons recueilli, le petit nombre d'hystériques à œil sain que nous avons examinés, ne nous permet pas de tirer une loi générale de nos observations.

Nous savons que physiologiquement le champ visuel est moins étendu pour les couleurs que pour le blanc, la notion des couleurs, leur perception par la rétine est échelonnée de la périphérie au centre dans l'ordre suivant : bleu, rouge, vert, violet.

Les limites exactes de la perception colorée pour la rétine ne sont pas nettement définies; c'est qu'en effet interviennent des causes d'erreur inévitables dans cette détermination : l'éclairage, le degré de saturation, la fatigabilité de l'organe lui-même. Mais du moins, ce qui est physiologiquement établi et admis d'une manière incontestable, c'est l'ordre de la perception des couleurs.

Les limites du champ visuel coloré varient suivant les observations et dans des proportions notables; mais ce qui ne varie pas, c'est l'ordre des couleurs : bleu, rouge, vert, et la

distance de 10 degrés environ qui, à l'examen périmétrique, sépare ces diverses couleurs.

Chez l'hystérique, en dehors de toute lésion oculaire, cet ordre nous a paru complètement interverti : les cercles colorés ne sont plus séparés par un intervalle fixe, ils sont tassés les uns contre les autres ; ils ne sont plus concentriques, mais se coupent ; ils ne sont plus dans l'ordre physiologique, le cercle du blanc, moins étendu que celui du bleu, n'est plus périphérique ; les cercles rouge ou vert eux-mêmes peuvent s'être élargis, et contenir les cercles du blanc et du bleu. Or ces caractères n'ont été signalés nulle part ailleurs que dans l'amblyopie hystérique ; nous les retrouvons chez l'hystérique en dehors de l'amblyopie ; il nous paraît donc que leur simple constatation sera un argument sérieux en faveur de l'existence de la névrose.

L'amblyopie hystérique nous paraît être le stigmate caractéristique de la névrose. Nous avons vu quels étaient ses quatre symptômes : amblyopie, polyopie, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel.

La coexistence de ces symptômes sera un argument en faveur de l'hystérie. Mais, séparés, ces divers symptômes n'ont plus la même netteté, et nous devons alors faire des distinctions.

L'achromatopsie d'abord : elle n'a pas de règles très fixes dans l'hystérie ; ce sont, il est vrai, le violet et le vert qui sont le plus souvent atteints, mais quelquefois aussi ce sont le rouge ou le bleu. Les cas d'achromatopsie congénitale ne sont pas exceptionnels, et Favre a pu, étudiant la chroma-topsie des employés des chemins de fer, établir qu'une proportion notable d'entre eux étaient atteints de cécité pour le rouge. L'achromatopsie hystérique, il est vrai, a un caractère spécial, c'est qu'elle est psychique, c'est que sur le disque de Newton on observe la reconstitution des couleurs,

comme si le sujet n'était pas achromatope ; mais ce phénomène n'est pas spécial à l'hystérie, et M. Grasset l'a constaté dans un cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale.

La diminution de l'acuité chez l'hystérique amblyope est, nous l'avons vu, souvent plus marquée de loin que de près, à cause de l'état de contracture du muscle accommodateur ; nous avons également noté que les objets pouvaient être perçus ou plus volumineux, ou moins volumineux que normalement.

La polyopie existe fréquemment en dehors de l'hystérie ; nous avons établi à la page 63 le tableau synoptique des polyopies monoculaires ; nous avons vu qu'on pouvait les ranger en deux séries : polyopies dues à un vice de structure de l'appareil dioptrique de l'œil ; polyopie d'ordre nerveux.

Il est un fait que nous devons signaler comme pouvant peut-être servir à différencier la polyopie hystérique des polyopies d'autres natures : c'est l'apparition d'une image supplémentaire par l'interposition d'un verre coloré ; mais nos observations à ce sujet sont trop peu nombreuses pour que nous puissions donner ce caractère comme propre à l'hystérie.

Il nous reste à examiner le champ visuel de l'amblyopie hystérique et la valeur séméiologique de son rétrécissement concentrique.

Si nous en croyons Wilbrand, on peut obtenir « artificiellement » le rétrécissement du champ visuel chez tous les individus atteints de troubles fonctionnels du système nerveux et même chez l'individu sain.

« Pour obtenir rapidement la fatigue rétinienne, dit Wilbrand, je me sers du procédé suivant : J'emploie un carré blanc de 10 millimètres, que je pousse avec une vitesse identique en commençant par le bord temporal du champ visuel dans la direction du bord nasal. Sur le schéma périmétrique je mets le chiffre 0 au point où le carré blanc devient percep-

tible, je marque le chiffre 1 au point nasal correspondant où le carré cesse d'être vu. Après cette première manœuvre, je fais volte-face et, avec la même vitesse, je ramène le carré blanc vers la moitié temporale; je marque le nombre 2 au point où le carré cesse d'être perçu. Après cette seconde manœuvre, je ramène le carré blanc vers la moitié nasale et je marque le chiffre 3 au point où il disparaît du champ visuel.

» De cette façon, le carré blanc est poussé alternativement d'un côté et de l'autre, et à chaque tour le point de limite du champ visuel est marqué avec un chiffre correspondant. On continue jusqu'à ce qu'on n'obtienne plus de rétrécissement sur le champ visuel ou bien jusqu'à ce que le carré blanc ne soit plus perçu. »

En opérant de cette façon dans les troubles fonctionnels du système nerveux on peut obtenir, ajoute Wilbrand, des déformations différentes du champ visuel; ainsi, ce sera tantôt un champ visuel oscillant avec scotome fugitif, tantôt un champ visuel primitivement normal, mais où la fatigabilité peut développer au plus haut degré le rétrécissement concentrique habituel, tantôt un champ visuel concentriquement rétréci, sans que la fatigabilité augmente le rétrécissement, tantôt un rétrécissement concentrique qui est exagéré au plus haut degré par la fatigue.

En pratique, il est facile d'éviter ces causes d'erreur, qui ne se produiraient d'ailleurs que pour le blanc; il suffit de déterminer assez rapidement l'étendue du champ visuel sans attendre que se produise la fatigue rétinienne.

Quelles sont les affections dans lesquelles on a signalé le rétrécissement concentrique du champ visuel? Nous pouvons les diviser en deux groupes: celles dans lesquelles l'ophtalmoscope permet de découvrir des lésions des membranes profondes; celles qui ne s'accompagnent d'aucun trouble décelable à l'ophtalmoscope.

Avec lésions ophtalmoscopiques :

Rétinite pigmentaire ;	Névrite au début ;
Glaucome ;	Atrophie optique.

Sans lésions ophtalmoscopiques :

Période menstruelle ;	Amblyopie sympathique ;
Troubles utérins ;	Sclérose en plaque ;
Épilepsie ;	Neurasthénie ;
Insuffisance fonctionnelle congénitale ;	Syringomyélie ;
Amblyopie saturine ;	Hémi-anesthésie cérébrale.

Enfin, quelques autres affections peuvent simuler l'amblyopie hystérique ou être confondues avec elles ; ce sont :

L'amblyopie alcoolique ;	L'amblyopie tabétique ;
L'amblyopie diabétique ;	L'amblyopie choréique.

La rétinite pigmentaire est caractérisée par un rétrécissement concentrique du champ visuel avec diminution du calibre des vaisseaux et néoformations pigmentaires dans la rétine.

La vision centrale est conservée intacte ou à peu près, la vision périphérique disparaît graduellement ; c'est donc là un caractère qui la rapproche de l'amblyopie hystérique, mais elle en est différenciée par les lésions rétiniennes. Cependant, dans certains cas, le diagnostic n'est pas si facile, et dans une thèse relativement récente on relate le fait d'une hystérique brune, à fond d'œil très pigmenté, atteinte d'amblyopie hystérique avec rétrécissement du champ visuel : le diagnostic porté avait été au début celui de rétinite pigmentaire.

Le glaucome s'accompagne de rétrécissement du champ visuel : au début, il est vrai, ce rétrécissement n'est pas concentrique, il est beaucoup plus marqué du côté nasal ; mais dans une période avancée le rétrécissement devient régulier et

nous avons sous les yeux l'observation d'un malade de la Clinique, qui, de par son état glaucomateux, avait un champ visuel concentriquement rétréci à 15° ; il est vrai qu'à cette période l'ophtalmoscope fera découvrir des lésions caractéristiques : enfoncement pupillaire, crochets des vaisseaux.

En parcourant les nombreuses observations de la Clinique, nous avons noté le rétrécissement du champ visuel parfaitement concentrique dans un cas de *névrite optique*. Il s'agissait d'un individu, alcoolique avéré, atteint de paralysie glosso-labio-laryngée. La vision était réduite à 5/15 ; le champ visuel était concentriquement rétréci à gauche à 30 degrés ; à droite, il était rétréci à 45 degrés en dehors, à 50 dans les autres directions. L'examen ophtalmoscopique dévoila de la congestion veineuse et de l'œdème de la papille.

Le rétrécissement régulier du champ visuel s'observe encore dans *l'atrophie optique* au début ; mais, tandis qu'il est très peu marqué pour le blanc, il est très accusé pour les couleurs ; le vert et le rouge se rétrécissent de bonne heure et une cécité complète pour ces couleurs ne tarde pas à se montrer. Ce phénomène joint à la décoloration de la papille éclaire suffisamment le diagnostic. Il ne faut pas oublier qu'au début la pâleur est à peine marquée, et on serait très embarrassé, dit Masselon, si l'on tenait compte uniquement de l'examen ophtalmoscopique pour se prononcer sur l'existence de l'atrophie optique à son stade de début.

Dans le second groupe, l'examen ophtalmoscopique est négatif, et le diagnostic devra s'appuyer sur d'autres symptômes.

1° *Menstruation*. — En premier lieu il se produirait un rétrécissement concentrique et passager du champ visuel à chaque période menstruelle. Finkelstein (cité par Janot) a étudié les modifications de l'appareil visuel pendant la mens-

truation ; il a pris un certain nombre de femmes bien portantes, ne présentant aucuns stigmates d'hystérie, et les a observées pendant un certain nombre de périodes menstruelles. Voici quels ont été les résultats de ses expériences portant sur vingt femmes de dix-neuf à trente-trois ans :

a) Pendant la période, il se produit toujours une diminution du champ visuel ;

b) Cette diminution commence deux ou trois jours avant le commencement de la perte ; elle atteint sa plus grande intensité le troisième ou le quatrième jour de la menstruation et diminue peu à peu jusqu'au septième et huitième jour de la période ;

c) La diminution diffère suivant les sujets : généralement elle est plus forte dans les cas où des malaises, des maux de tête, des battements de cœur, d'autres symptômes nerveux ou une abondante perte de sang compliquent les menstrues ;

d) La diminution du champ visuel existe non seulement pour le blanc, mais aussi pour les couleurs ;

e) Dans 20 pour 100 des observations, le sens des couleurs était dérangé pendant la durée citée, pour le vert seulement qui fut désigné comme jaune ;

f) L'acuité visuelle centrale n'était que légèrement affaiblie et s'élevait à son état normal après la cessation des menstrues.

g) La réfraction restait intacte.

Si les expériences de Finkelstein sont exactes, le rétrécissement du champ visuel avec diminution légère de la vision devrait être considéré comme un état physiologique chez la femme au moment de ses époques.

2° *Menstruation anormale.* — Finkelstein, après avoir constaté le rétrécissement du champ visuel chez les femmes saines pendant la période menstruelle, fit une nouvelle série

d'observations dans les cas de menstruation anormale. Il trouva que la limitation du champ visuel suivait la marche des phénomènes douloureux et atteignait sa plus grande intensité le jour des douleurs les plus fortes. De plus, elle est influencée par la quantité de sang perdu; le champ visuel est d'autant plus limité que les règles sont plus abondantes.

Cohn a vérifié les expériences de Finkelstein sur une série de quinze femmes; il arriva à des résultats identiques.

3° *Insuffisance fonctionnelle congénitale.* — Nous avons noté un rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil gauche (à 45°) chez un jeune homme ne présentant aucun stygmate hystérique; il avait une amblyopie congénitale de l'œil gauche avec un léger astigmatisme sans lésions oculaires. L'œil droit était absolument normal.

4° *Amblyopie sympathique.* — Brecht a signalé (*Græfe's Archives*, vol. XX, p. 17) chez un homme de cinquante-deux ans, à la suite de phénomènes sympathiques produits par un corps étranger du vitré, une diminution de l'acuité dans l'œil congénère, s'accompagnant de rétrécissement concentrique du champ visuel, sans lésions décelables à l'ophtalmoscope.

5° *Amblyopie saturnine.* — L'amblyopie saturnine, plus ou moins accentuée, peut arriver brusquement à son apogée, surtout lorsque les symptômes ophtalmoscopiques font défaut. Elle s'accompagne de rétrécissement du champ visuel. Mais la cécité se produit, au milieu d'une colique de plomb, d'accès cérébraux épileptiformes, qui permettront de mettre l'hystérie hors de cause.

La vue se perd rarement insidieusement, sans coliques, et, dans ce cas, l'examen ophtalmoscopique dévoile des signes de névrite.

Ce rétrécissement du champ visuel de l'amblyopie saturnine ne ressemble pas à celui de l'hystérie: les cercles du blanc et

des couleurs sont concentriquement et proportionnellement rétrécis.

XII. — N..., (Gabriel), vingt-neuf ans, typographe. Il y a trois ans, il a eu des coliques de plomb. Depuis il souffre de céphalées violentes qui l'obligent à interrompre son travail. Il a été deux fois en traitement pour cette intoxication saturnine qui se manifeste actuellement par des phénomènes encéphalopathiques.

La vision de l'œil droit est normale, celle de l'œil gauche est réduite à 5/15. Le champ visuel est concentriquement rétréci pour le blanc, et proportionnellement pour les couleurs: le rétrécissement est plus marqué à droite (V. planche III, fig. XIII).

L'examen ophtalmoscopique montre dans l'œil droit seulement de la congestion veineuse, avec hyperémie papillaire; dans l'œil gauche, une papille terne, œdématiée, avec des veines très volumineuses.

6° Amblyopie diabétique. — L'amblyopie diabétique sans lésions est assez rare. Ses caractères la rapprochent plutôt de l'amblyopie alcoolique que de l'amblyopie hystérique. En effet: 1° dans l'amblyopie diabétique, la vision est généralement conservée normale dans les parties périphériques, tandis qu'elle est plus ou moins abolie dans les parties centrales; 2° il existe un scotome central pour le rouge et le vert, exceptionnellement pour le bleu.

L'amblyopie diabétique serait plus souvent binoculaire que l'amblyopie hystérique; elle s'accompagnerait aussi de phénomènes diplopiques dus à des troubles de l'accommodation.

Enfin dans la diabète nous trouvons les formes hémioptiques les plus variées, des paralysies de la troisième et surtout de la sixième paires; toutes choses exceptionnelles dans l'hystérie.

7° Amblyopie alcoolique. — L'intoxication alcoolique produit des troubles qui ont pu être confondus avec ceux de l'hystérie surtout, parce que quelquefois elle se greffe sur celle-ci. C'est dans ces cas mixtes qu'on a noté les scotomes centraux avec rétrécissement concentrique.

A part ces faits, les caractères de l'amblyopie alcoolique sont nettement distincts de ceux de l'amblyopie hystérique.

Dans l'amblyopie alcoolique, la couleur la première détruite est le rouge, couleur qui persiste généralement la dernière chez l'hystérique. Le scotome, ainsi que le fait observer Parinaud, se développe du centre à la périphérie et non de la périphérie au centre comme dans l'hystérie.

8° *Amblyopie choréique*. — Thomsen et Oppenheim croient qu'un assez grand nombre d'affections nerveuses peuvent produire un rétrécissement semblable à celui de l'amblyopie : ils citent entre autres la chorée et l'épilepsie.

Pour la chorée, les cas où l'amblyopie est en cause peuvent être imputés à l'hystérie : c'est, du moins, ce qui ressort des observations de Marie, qui, sur 20 choréiques examinés à la Salpêtrière, en trouva seulement trois présentant l'amblyopie ; mais on constatait en même temps des symptômes manifestement hystériques.

9° *Amblyopie épileptique*. — Thomsen et Oppenheim ont noté dans l'épilepsie le rétrécissement permanent et le rétrécissement transitoire. Celui-ci est un phénomène constant à la suite des crises épileptiques.

Quant au rétrécissement permanent, il ne serait, d'après d'Abundo, qu'une succession de rétrécissements transitoires engendrés par des attaques assez rapprochées, pour que le champ visuel n'ait pas le temps de revenir à ses dimensions normales.

Les recherches de Féré viennent confirmer cette opinion. Pour lui, à la suite d'accès d'épilepsie, si on arrive à temps, on peut toujours constater un affaiblissement de la vision sous toutes ses formes. La question de temps y est pour beaucoup. Féré dit avoir toujours trouvé le rétrécissement, quand il a examiné le sujet moins d'une heure après le réveil. Il n'admet

pas le rétrécissement permanent, si ce n'est dans l'intervalle d'accès rapprochés.

Oppenheim et Pichon auraient trouvé le rétrécissement permanent dans un tiers des cas.

Hitier, reprenant cette étude, a examiné 87 malades à la Salpêtrière, et, sans tenir compte de l'état de réfraction des sujets, il n'a trouvé que 3 fois le champ visuel rétréci à l'état permanent, sans autre cause appréciable que l'épilepsie.

C'est également l'avis de Charcot, qui enseigne que chez l'épileptique le rétrécissement suit les attaques; quelquefois, comme dans l'hystérie, le rétrécissement précède l'attaque à titre d'aura.

Lombroso et le Dr Ottolenghi ont publié dans le *Recueil d'ophtalmologie* (1891, p. 249) le résultat de leurs recherches sur le champ visuel des épileptiques et des délinquants-nés.

De cet aperçu incomplet (qui devait être publié en entier dans le *Giornale della academia medica di Torino*), on ne peut tirer qu'une conclusion, c'est que, si le rétrécissement existe dans l'épilepsie, il est irrégulier.

Neurasthénie. — Les auteurs allemands signalent généralement l'existence du rétrécissement concentrique du champ visuel dans la neurasthénie. MM. Grandclément, Gillet de Grandmont, qui ont publié des communications sur les troubles oculaires de la neurasthénie, ne paraissent pas avoir recherché ce phénomène; ils notent seulement l'asthénopie accommodative, les mouches volantes, l'endolorissement du globe.

Nous avons examiné deux neurasthéniques du service de M. Grasset; nous avons trouvé chez l'une un champ visuel normal pour le blanc et les couleurs; chez l'autre, un rétrécissement concentrique très marqué pour le blanc comme pour les couleurs. Il n'y avait chez celle-ci aucune trace d'hystérie.

XIII. — Au numéro 9 de la salle Bichat est couchée une femme, âgée de cinquante et un ans. Mariée à l'âge de trente-trois ans, elle

aurait contracté la syphilis du fait de son mari. Elle fait remonter son état actuel à un refroidissement datant de deux ans ; elle se plaint depuis lors d'une sensation générale de froid par tout le corps.

Les troubles gastriques apparurent les premiers : c'étaient des vomissements se produisant indifféremment avant ou après le repas ; malgré cela, la malade avait toujours bon appétit. Les traitements les plus variés furent employés sans succès contre cet état gastrique.

Peu de temps après apparurent les troubles céphaliques ; ils n'effrayèrent pas la malade, qui n'y voyait qu'une conséquence de ses troubles gastriques ; ils consistaient en bourdonnements d'oreille. Elle percevait un bruit énorme dans la tête : céphalalgie lui donnant la sensation d'un poids sur le front.

La malade s'aperçut alors qu'elle avait complètement perdu l'odorat.

Sa mémoire lui échappait : elle ne se rappelait pas ce qu'on lui disait.

Elle éprouvait à la région sacrée une douleur tellement violente, qu'elle se crut atteinte d'une maladie anale et se fit examiner par son médecin.

Ses forces ont diminué progressivement, et elle en est arrivée à être obligée de rester assise sur une chaise sans rien faire.

On ne trouve chez elle aucun stigmate hystérique ; elle n'a jamais eu de crise, le réflexe pharyngé est conservé, pas de plaques d'anesthésie, ni de zones douloureuses.

Le champ visuel est rétréci concentriquement plus à gauche qu'à droite ; le champ des couleurs est rétréci dans les mêmes proportions, sans inversion des couleurs (V. planche III, fig. XII).

Durant l'examen campimétrique, nous avons constaté chez cette malade le phénomène signalé par Wilbrand sous le nom de scotome fugitif. Le long d'un méridien (horizontal dans notre cas), le carré blanc disparaissait puis apparaissait, puis apparaissait et disparaissait de nouveau. Mais ce scotome est un phénomène transitoire qu'on ne peut transcrire sur le champ visuel à cause de sa variabilité dans des examens mêmes très rapprochés.

La vision étant réduite à 1/2 : à l'ophtalmoscope, on constate des troubles cristalliniens :

11° *Troubles visuels de la sclérose en plaque.* — « Nous signalons aussi, dit Cohn, que quelquefois les troubles fonc-

tionnels de la vue se montrent comme un signe précurseur d'affections de la moelle épinière.

» Pfluger observa une fille de vingt ans qui présentait de l'amblyopie hystérique d'un œil avec achromatopsie. Par le traitement et l'emploi des courants continus, on put modifier l'achromatopsie. Quelques mois après, la vision centrale revint intégralement.

» Deux ans après, la malade accuse de nouveau de semblables troubles de la vision et, deux ans après cette dernière poussée, elle était atteinte de sclérose en plaque. L'examen ophtalmoscopique dénotait alors de l'atrophie progressive des deux nerfs optiques. »

Il s'agissait certainement là d'une de ces associations morbides qui ont été décrites par MM. Grasset et Charcot.

Les troubles visuels de la sclérose en plaque sont assez différents de ceux de l'hystérie pour que dans les cas où l'on trouve la sclérose associée à l'hystérie on puisse dissocier ce qui revient à l'hystérie de ce qui revient à la sclérose.

Le nystagmus exceptionnel dans l'hystérie est presque la règle dans la sclérose en plaque ; sur treize observations de sclérose en plaques que nous avons sous les yeux, le nystagmus est noté douze fois. Uthoff ne l'aurait rencontré que trente fois sur cent.

Le champ visuel est diversement altéré : sur vingt-quatre observations, Uthoff a noté le rétrécissement concentrique et régulier une seule fois, huit fois le scotome central et trois fois un rétrécissement irrégulier.

La sclérose s'accompagne assez fréquemment de paralysie de la sixième paire.

Enfin on trouve dans la sclérose des lésions ophtalmoscopiques précoces (anémie et atrophie papillaire), tandis que, même avec une amaurose complète, on ne trouve dans l'hystérie aucune lésion du fond de l'œil.

D'après deux observations de sclérose et d'hystérie associées, nous pouvons parfaitement nous rendre compte de la diversité des symptômes oculaires de l'une et l'autre maladie.

Dans une première observation de Parinaud, nous trouvons notés comme symptômes oculaires : 1° nystagmus ; 2° rétrécissement du champ visuel irrégulier pour le blanc ; 3° diminution notable de la vision (au-dessous de $\frac{1}{4}$) avec atrophie papillaire ; 4° interversion dans l'ordre des cercles colorés du champ visuel, le rouge étant devenu couleur périphérique ; 5° dyschromatopsie pour le bleu et le violet ; 6° micromégalopie et polyopie monoculaire.

Les trois premiers de ces symptômes (nystagmus, rétrécissement irrégulier, atrophie optique) relèvent de la sclérose, les trois derniers (inversion des couleurs, dyschromatopsie, polyopie) sont caractéristiques de l'hystérie.

Dans d'autres cas de sclérose et d'hystérie associés, nous ne trouvons que les troubles oculaires de l'une ou l'autre affection. Ainsi, dans l'observation suivante de M. Grasset (*Montpellier médical*, mars 1892, p. 246), aucun des symptômes oculaires relevés ne se rapporte à l'hystérie. Chez cette malade, nous voyons le diagnostic d'hystérie établi d'après les caractères généraux de la névrose (attaques, contractures, zones hystérogènes, anesthésie pharyngée). A l'examen oculaire, on note : 1° nystagmus ; 2° diplopie binoculaire ; 3° rétrécissement irrégulier du champ visuel ; 4° lésions papillaires portées atrophie, mais consistant plus probablement en une simple anémie rétinienne.

Tous ces symptômes sont caractéristiques de la sclérose en plaque, aucun ne rappelle l'hystérie qui cependant est en cause.

12° *Troubles oculaires de l'ataxie locomotrice.* — Ils se-

ront difficilement confondus avec ceux de l'hystérie. Le rétrécissement du champ visuel pour le blanc est irrégulier ; dans l'ataxie comme dans l'hystérie, le rouge disparaît le premier ; la vision diminue rapidement, les lésions ophtalmoscopiques sont précoces et précèdent même l'apparition de tous symptômes généraux.

Charcot (*Semaine médicale*, 1891, p. 53), étudie parallèlement les troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie. Schématiquement on peut résumer ainsi ces symptômes :

	TABES	SCLÉROSE	HYSTÉRIE
Muscles	» Paralysie fréquente de la 3 ^e paire, quelquefois de la 6 ^e .	Nystagmus. Paralysie de la 6 ^e paire et paralysies associées.	Jamais de nystagmus. Contractures simples ou associées (ptosis, diplopie monoculaire).
Pupilles	Étroites, inégales, signe d'Argyl Robertson.	»	»
Fond d'œil	Atrophie des vaisseaux, aspect nacré	Vaisseaux atrophiés, papilles à contours flous, de teinte jaunâtre.	Jamais de lésions.
Champ visuel	Rétrécissement irrégulier.	»	Rétrécissement concentrique.
Chromatopsie	Le rouge, puis le vert, sont vus noir ou gris noir ; la vision du bleu et du jaune reste nette.	»	Ordre de disparition des couleurs : violet, bleu, jaune, vert, rouge.

13° *Troubles oculaires dans la syringomyélie.* — Il nous reste à dire quelques mots des troubles oculaires que l'on rencontre dans une maladie de la moelle : la syringomyélie.

Y a-t-il dans la syringomyélie un rétrécissement du champ visuel, et est-il imputable à cette affection ?

La question est très longuement discutée par Gilles de la Tourette, dans son *Traité de l'hystérie* (t. I, p. 356).

Les conclusions de Brianceau, disant que, si l'on trouve le rétrécissement dans la syringomyélie, il faut chercher ailleurs que dans la myélite cavitaire l'explication de ce phénomène, sont exagérées. Il nous paraît plus sage de constater avec Dejerine, Tuiant, Morvan, Rouffinet que, dans la syringomyélie, il peut exister un rétrécissement concentrique du champ visuel, marqué surtout pour le vert. C'est, d'ailleurs, l'avis de Charcot, qui pense qu'il existe des cas de syringomyélie avec rétrécissement, des cas sans rétrécissement.

En tout cas, ce rétrécissement ne rappelle pas celui de l'hystérie ; il existe surtout pour les couleurs, il est très peu marqué pour le blanc ; il n'a pas la régularité du rétrécissement hystérique.

14° *Hémianesthésie cérébrale*.— Les troubles oculaires de l'hystérie (dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel) se retrouvent avec leurs différentes variétés, dans les lésions intéressant la partie postérieure de la capsule interne, le carrefour sensitif. Dans ces cas, on trouve les mêmes phénomènes que dans l'amblyopie hystérique : hémianesthésie sensorielle et sensitive, rétrécissement concentrique du champ visuel prédominant dans l'œil opposé au siège de la lésion céphalique. Ces symptômes se rapprochent tellement de l'hystérie, que Charcot en déduit que les lésions intracérébrales de l'hystérie, lésions inappréciables encore à nos moyens d'investigation, doivent siéger sur les fibres qui traversent le carrefour sensitif ou sur leur prolongement.

Quoique la lésion cérébrale soit unilatérale, on observe le rétrécissement du champ visuel bilatéral comme dans l'amblyopie hystérique.

Toutefois le champ visuel des couleurs ne présente pas le

même aspect dans les deux affections. En effet, dans les observations où l'on a noté le champ visuel des couleurs comme dans celles de Pitres (*Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale et sur les troubles de la vue qui l'accompagnent*), nous voyons que le champ visuel des deux yeux est rétréci concentriquement pour le blanc, et *proportionnellement* pour les couleurs.

De même, Féré (obs. LXVIII) nous dit que les deux champs visuels sont rétrécis pour le blanc et proportionnellement pour les couleurs.

Donc dans l'amblyopie par lésion du tiers postérieur de la capsule interne, on n'observerait pas cette interversion, ce chevauchement des cercles colorés que nous avons toujours trouvés dans l'hystérie. D'ailleurs le diagnostic différentiel entre l'hystérie et les lésions de la capsule interne pourra s'appuyer sur d'autres symptômes tels que l'existence d'une hémiplegie complète ou incomplète. Celle-ci, il est vrai, n'est pas rare dans l'hystérie ; mais, dans les lésions de la capsule interne, la paralysie est plus concordante avec l'hémianesthésie et l'anesthésie elle même moins absolue.

En résumé, nous voyons que, si dans aucune de ces diverses affections (sauf les lésions de la capsule interne), le rétrécissement concentrique du champ visuel pour le blanc n'est un symptôme constant, du moins, ce caractère est exceptionnellement constaté dans beaucoup d'affections autres que l'hystérie. Mais ce que nous ne constatons que dans l'hystérie, c'est le rétrécissement concentrique avec inversion des cercles colorés.

La réunion de ces deux caractères : rétrécissement concentrique, et inversion des cercles des couleurs, apparaît comme signe pathognomonique de l'amblyopie hystérique, et devient un véritable stigmate de la névrose.

La constatation de ce symptôme, dans un cas douteux comme le suivant, nous permet de déceler l'existence de l'hystérie :

XIV. — Au mois d'avril entra au service de M. Grasset un malade dont l'observation présente quelque intérêt au point de vue du diagnostic exact.

Ils'agissait d'un soldat du 2^e génie de constitution assez robuste, qui, le 21 avril, à la suite d'un refroidissement, sentit des douleurs dans les jambes et une faiblesse telle qu'il ne pouvait marcher. Deux jours plus tard, se montrèrent des douleurs de tête et bientôt on put constater une paralysie double complète du facial.

Le malade entra à l'hôpital le 25 avril et on porta le diagnostic de paralysie faciale double et douleurs rhumatoïdes.

Nous l'examinons au point de vue oculaire le 7 mai.

L'acuité visuelle est de $\frac{2}{60}$; des verres concaves de 2 dioptries la ramènent à $\frac{2}{12}$. L'acuité visuelle de près est encore très bonne et le malade lit sans peine les caractères ordinaires. Il y a donc de la contracture du muscle accommodateur.

[7] Anesthésie complète des conjonctives bulbaire et palpébrale.

Le champ visuel du blanc est concentriquement rétréci à 35 degrés ; les champs visuels du vert et du rouge se confondent avec celui du blanc ; le champ visuel du bleu est un peu plus étendu que celui du blanc. Cependant pas d'achromatopsie, hyperesthésie rétinienne telle que tout examen ophtalmoscopique est impossible.

De plus on avait constaté l'abolition du réflexe pharyngien.

Il semblait donc qu'on était en présence d'une paralysie hystérique, mais l'examen de la réaction électrique infirma ce diagnostic.

L'amblyopie a suivi une marche complètement identique à celle de la paralysie : diminuant avec elle et disparaissant avec elle : en effet, le 20 juin, la paralysie faciale a complètement disparu, l'acuité est redevenue normale comme le champ visuel d'ailleurs ; celui-ci présente toujours les caractères typiques de l'hystérie, l'inversion des cercles des couleurs.

Notre première idée fut de nous demander si le rétrécissement du champ visuel n'existerait pas dans la paralysie

faciale. Nous avons examiné deux malades atteints de paralysie faciale monolatérale à *frigore*: chez tous les deux, nous avons trouvé le champ visuel identique dans les deux yeux et normal. Le champ visuel des couleurs était seulement un peu plus rétréci du côté paralysé que du côté sain.

Le rétrécissement du champ visuel du malade de M. Grasset ne pouvait donc être imputé à la paralysie faciale.

Pour nous, ce malade est un hystérique; mais nous ne voulons pas affirmer en cela la nature hystérique de sa paralysie. Pourquoi ne serait-ce pas une simple paralysie à *frigore*? On peut être hystérique et atteint d'une paralysie relevant d'une cause autre que l'hystérie. On trouve des hystériques strabiques parce qu'ils sont hypermétropes. La nature hystérique du terrain chez ce malade n'implique pas que son affection soit une manifestation de la névrose.

QUATRIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES AFFECTIONS OCULAIRES DE NATURE HYSTÉRIQUE.

Le traitement des manifestations oculaires de l'hystérie n'a rien de spécial et doit s'adresser directement à la névrose. Nous ne voulons pas exposer le traitement de l'hystérie, mais nous allons seulement indiquer quelques points particuliers à notre sujet.

En premier lieu, nous bannissons toute intervention chirurgicale.

Cuignet cite le cas d'une jeune fille de dix ans, atteinte d'amblyopie hystérique, qui subit une iridectomie pour phénomènes kopiotiques : on avait, il est vrai, porté le diagnostic de glaucome, puis d'atrophie optique au début. Guéneau de Mussy reconnut qu'on était en présence d'une simple manifestation hystérique.

C'est surtout dans les affections hystériques des muscles de l'œil que l'on a abusé de l'intervention chirurgicale.

Dans un cas d'insuffisance des droits internes de nature hystérique, Landolt pratiqua, sans en obtenir un heureux résultat, l'avancement du droit interne, puis le reculement du droit externe.

Dans le strabisme hystérique, dit de Lapersonne, on se contentera de corriger l'hypermétropie ; on pratiquera le traitement orthoptique en sollicitant la vision binoculaire au moyen du verre coloré et de la stéréoscopie. On pourra es-

sayer la métallothérapie et faire usage de l'aimant ; on insistera surtout sur l'emploi des courants continus, qui ont sur les contractures une si remarquable action ; mais il ne faut pratiquer ni avancement capsulaire, ni surtout ténotomie.

Dans le blépharospasme, certains chirurgiens américains sont allés jusqu'à disséquer le muscle orbiculaire.

Chez une malade atteinte de blépharospasme hystérique douloureux, Panas pratiqua l'élongation des nerfs sus-orbitaires. Le succès couronna son intervention. Nous ne pensons pas cependant que son exemple soit à suivre, et Gilles de la Tourette cite le fait d'une malade analogue qui subit l'excision des deux nerfs sus-orbitaires et ne retira de l'opération qu'une exacerbation de son blépharospasme.

Des moyens plus simples et plus inoffensifs ont donné les meilleurs résultats dans le blépharospasme hystérique.

Meyer a vu une goutte de cocaïne faire disparaître la contraction de l'orbiculaire pour quatre jours.

Strawbridge l'a traité avec succès par élévation forcée de la paupière au moyen d'une bandelette de diachylon.

L'électrothérapie a donné les meilleurs résultats entre les mains de Hodges, de Pfluger, d'Abadie.

Harlan, dans un cas de blépharospasme avec mydriase complète, emploie l'aimant de Charcot. A la suite des applications, le spasme disparaissait et la vue était améliorée. Après quelques séances, on fit faire une imitation en bois de l'aimant, et on obtint avec ce pseudo-aimant un meilleur résultat qu'avec l'aimant ordinaire.

La marche de l'amblyopie hystérique dépend surtout de la marche générale de la névrose. Chez notre malade de l'observation XI, nous voyons au début, comme premier symptôme de la névrose, le blépharospasme ; il disparaît, laissant l'acuité normale, mais un rétrécissement du champ visuel. Quelques jours après, nouvelle manifestation de la névrose,

plus violente cette fois. L'hémianesthésie apparaît, amaurose complète correspondant au côté anesthésié : le rétrécissement du champ visuel du côté opposé s'est exagéré notablement, et l'acuité n'est plus que de $\frac{1}{2}$.

La métallothérapie paraît donner parfois de bons résultats dans l'amblyopie hystérique, elle a été pronée par Burcq, Chermes, Abadie, Felnichuine, Telnichin ; Rusconi a employé la xyloscopie.

Felnichuine a obtenu rapidement par la métallothérapie, la guérison définitive d'une forte amblyopie hystérique (amblyopie OG avec hémianesthésie droite). L'application d'une pièce d'or sur la tempe gauche amène, au bout de douze minutes, des douleurs assez vives pour obliger à cesser l'application. Répétées quelquefois, ces applications ramenèrent à l'unité l'acuité visuelle qui était inférieure à $\frac{1}{5}$.

Abadie s'est bien trouvé de la métallothérapie dans l'amblyopie, mais cette méthode a complètement échoué entre ses mains dans la kopie hystérique.

Des moyens plus anodins ont donné des résultats satisfaisants.

Rosenthal a pu, chez une hystérique, dans une achromatopsie récente, rétablir la perception des couleurs en faisant inhaler à la malade du nitrite d'amyle.

Chez une fillette de dix ans, Armaignac a vu les troubles visuels (une forte amblyopie hystérique) disparaître sous l'influence morale produite par une consultation médicale.

Fréquemment l'amblyopie disparaît spontanément.

Dans tous les troubles oculaires hystériques (sauf peut-être le strabisme spastique) les moyens psychiques, la suggestion hypnotique ont été employés avec succès. On a essayé d'employer l'hypnose en chirurgie oculaire. Mais l'anesthésie locale hypnotique paraît être appelée à rendre moins de services dans la chirurgie oculaire que dans la chirurgie générale.

En effet, dans cet ordre de faits, il existe deux anesthésies de nature différente : l'une, hypnotique, est un attribut du sommeil, l'autre post hypnotique ou suggestive, peut apparaître au gré de l'expérimentateur.

L'anesthésie hypnotique ne peut être utilisée en thérapeutique oculaire ; généralement l'écartement des paupières fait cesser l'hypnose, et comment agir sur l'œil sans écarter les paupières ?

L'anesthésie post hypnotique a été utilisée par Fontan pour de petites opérations sur l'œil, mais la difficulté d'obtenir l'hypnose lui fait préférer la cocaïne.

Dans la thérapeutique des affections oculaires hystériques, l'hypnose paraît être appelée à rendre de nombreux services.

Pour l'amblyopie simple, les guérisons par suggestion sont fréquentes ; Fontan, Ritzmann, en ont rapporté un certain nombre de cas.

Obtient-on par ce procédé une amélioration passagère ou une guérison définitive ?

Il est évident que l'affection oculaire étant sous la dépendance de la névrose, pourra réapparaître comme nouvelle manifestation de celle-ci ; ce qui revient à dire que le traitement général de l'hystérie aura une influence sur la persistance de la guérison des accidents oculaires.

Néanmoins les observations de Fontan nous montrent l'amélioration se maintenant après plusieurs années.

Par la suggestion hypnotique, Fontan a pu, chez des hystériques achromatopsiques, ramener la perception des couleurs :

« T... (Nelly) est une grande hystérique âgée de vingt-cinq ans ; anesthésie totale, pas d'amblyopie, achromatopsie absolue avec champ visuel très étroit. Une seule suggestion a suffi pour ramener l'intégrité de la vue avec le sens des couleurs et la sensibilité générale de la peau. Le résultat est durable. »

Ritzmann par le traitement suggestif a fait disparaître des

douleurs kopiopiques, des blépharospasmes de nature franchement hystérique.

Dans certains autres cas analogues dans lesquels la nature hystérique de l'affection n'avait pas été nettement établie, mais où, du moins, elle pouvait être fortement soupçonnée, Fontan employa avec succès la méthode suggestive :

« M^{lle} N... institutrice, âgée de vingt-huit ans, est atteinte d'une fatigue oculaire douloureuse avec larmolement le soir et cuisson intolérable des paupières, dès que l'éclairage artificiel remplace la lumière naturelle.

Pas de troubles de réfraction ni de conjonctivite.

Je propose la suggestion hypnotique comme calmant.

11 décembre 1886. — L'hypnose est facilement obtenue, et la suggestion prohibe formellement toute cuisson, toute douleur, tout larmolement, même le soir.

14. — La malade depuis lors n'a plus accusé aucune gêne, ni souffrance. Nouvelle suggestion.

20 janvier. — Depuis quelques jours la malade ressent encore de légères douleurs. Nouvelle suggestion.

Depuis, elle va tout à fait bien. »

Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'un blépharospasme dont l'origine était mal connue et qui avait résisté à divers traitements :

« Avant de me décider à pratiquer la résection du nerf sus-orbitaire, dit Fontan, je veux essayer l'hypnotisme, mais je me heurte à une grande incrédulité d'abord, puis à une difficulté mécanique venant de ce que le sujet ne peut fixer que d'un seul œil. Après bien des tâtonnements, je maintiens l'œil gauche ouvert avec un blépharostat et je force le malade à regarder une lampe réfléchie dans un miroir de poche. Après sept à huit minutes de clignements de l'œil droit, une convulsion des deux globes en haut m'indique que le sommeil vient. J'enlève le blépharostat, j'abaisse les paupières et le sommeil est obtenu. »

Le blépharospasme reparut une heure et demie après la première séance. Une nouvelle hypnose le fait disparaître le lendemain et pour vingt-quatre heures. Trois autres séances le firent disparaître complètement et définitivement.

Konigshöfer réproouve dans le traitement des affections oculaires hystériques l'emploi de la suggestion hypnotique : « En employant l'hypnose, nous dit-il, on peut se trouver dans la désagréable situation d'essayer de chasser le diable avec Belzébuth ; c'est-à-dire que, pour faire disparaître une manifestation neuropathique, on renforce d'une façon non douteuse (et c'est d'après moi un inconvénient inévitable de l'hypnose) la tendance à une autre manifestation neuropathique. »

Aussi, dans les affections oculaires, s'il emploie la suggestion, c'est la suggestion sans hypnose. Nouveau prophète, il se contente de dire au malade : « Guérissez », et le malade guérit. « Par l'observation, j'en suis arrivé à conclure que la suggestion hypnotique est complètement superflue. Le succès est seulement dû à la persuasion qu'a le sujet que les manipulations qu'il va subir le guériront. » A l'appui de sa thèse, il cite quelques observations, dont voici les plus intéressantes :

I. — A... N..., jeune fille de trente ans, se plaint depuis quelques jours de cécité de l'œil gauche : l'examen dénote une amaurose complète sans lésions oculaires. L'examen général ne m'éclaire pas sur la nature de la maladie, et je m'arrête au diagnostic d'amaurose hystérique. J'instille dans l'œil de la malade quelques gouttes d'eau distillée, lui assurant que cette instillation lui procurera pour jusques au lendemain une acuité de $\frac{1}{10}$. Je continuai journellement à lui instiller quelques gouttes d'eau distillée, lui donnant chaque fois l'assurance d'une amélioration pour le lendemain, et j'ai obtenu ainsi la guérison.

II. — E... K..., jeune fille de treize ans, raconte que, depuis son réveil, elle ne peut plus relever les paupières. On constate un ptosis complet ODG, sans que l'examen décèle rien de spécial. La remarque que, pendant la conversation, lorsque la malade parle avec vivacité et oublie son état, les paupières s'ouvrent, me fait penser qu'il s'agit d'un ptosis hystérique. Une seule séance d'électrisation jointe à l'affirmation que, dorénavant, les paupières s'ouvriraient, suffit pour faire cesser le ptosis pendant une demi-journée. Le lendemain je fis

un simple massage qui, d'après la malade, fit disparaître le ptosis pour jusques après la nuit. Deux répétitions de la même manœuvre suffirent à amener une guérison complète et durable.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Il ne nous reste plus qu'à synthétiser en quelques pages le résultat de ces recherches.

Nous avons étudié l'œil normal de l'hystérique avant l'attaque : plusieurs phénomènes nous ont frappé et ont attiré notre attention :

1° L'allure particulière du champ visuel normal, avec ses cercles de couleurs dérangés de leur ordre respectif, plus étendus que le cercle du blanc ou chevauchant les uns sur les autres.

2° Nous avons noté les zones hystérogènes de l'œil : elles sont de deux ordres, spasmogènes ou phrénatrices ; leur localisation exacte n'est pas connue, quelques-unes seulement ont pu être localisées sur la cornée, la conjonctive, le canal lacrymal. Il existe également sur la rétine des zones hystérogènes excitables par l'action des rayons lumineux.

3° L'anesthésie peut atteindre simultanément la peau de la paupière et du pourtour de l'orbite, la conjonctive bulbaire, la conjonctive palpébrale, la cornée, ou séparément une seule de ces parties de l'organe visuel. Cependant l'anesthésie de la cornée s'accompagne toujours d'anesthésie de la conjonctive ; l'anesthésie de la conjonctive bulbaire n'entraîne pas celle de la conjonctive palpébrale et *vice versa*. L'hyperesthésie est plus rare que l'anesthésie et se rencontre surtout superposée à des contractures douloureuses.

4° Les signes prodromiques de l'attaque sont variables, ils consistent en des phénomènes de contracture des muscles oculaires avec apparition ou exagération de l'amblyopie.

5° Pendant l'attaque nous n'avons d'intéressant à noter que le jeu des pupilles; nous avons constaté avec la majorité des auteurs qu'il existait d'abord une courte période de myosis, puis une période de dilatation et de resserrement légers, et, enfin la mydriase franche se produisant à la fin de l'attaque. Au réveil les pupilles restent quelque temps paresseuses.

6° Pendant l'état hypnotique nous avons noté l'hyperacuité visuelle se traduisant quelquefois par une augmentation de l'acuité. Celle-ci peut être due encore au relâchement de l'accommodation, plus complet dans l'hypnose qu'à l'état normal.

Par la suggestion, nous avons vu qu'on pouvait abolir la vision, créer des achromatopsies absolues, suggérer des illusions colorées. Cependant si le sujet est des deux yeux achromatope pour une couleur, on ne peut par suggestion lui donner la notion de cette couleur, si ce n'est à l'état de couleur complémentaire.

Le muscle ciliaire, dans les hallucinations provoquées, s'adapte pour la distance où l'objet est sensé être situé; si par suggestion on paralyse l'accommodation, la fonction du muscle étant abolie, son fonctionnement est conservé, et il entre encore en contraction comme normalement. Le prisme, la loupe, ont sur les images hallucinatoires la même action que sur les images réelles. On peut également par suggestion reproduire les contractures musculaires : blépharoptose, strabismes.

La seconde partie a été consacrée à l'étude pathologique de l'œil hystérique.

Dans un premier groupe, nous avons placé l'amblyopie avec ses différentes formes.

Monoculaire ou binoculaire, toujours plus marquée du côté de l'hémianesthésie, elle est caractérisée par les symptômes suivants.

a) Diminution de l'acuité pour les objets vus à distance, et conservation de l'acuité de près.

b) Dyschromatopsie portant généralement sur le violet et le vert ; le rouge ou le bleu, restant la dernière couleur perçue.

c) Polyopie monoculaire, avec apparition d'image supplémentaire par interposition d'un verre coloré.

Cette polyopie paraît être due à des causes multiples combinées : troubles de l'appareil visuel sensitif, de l'appareil dioptrique et de la perception cérébrale.

d) Le rétrécissement du champ visuel : nous avons insisté sur ce symptôme, à cause de la valeur qu'il acquerra dans la séméiologie. Il est plus ou moins concentrique, les cercles des couleurs ne sont pas proportionnellement rétrécis, mais confondus, empiétant les uns sur les autres ; leur ordre est interverti et, souvent, le champ visuel des couleurs devient périphérique.

L'amblyopie hystérique apparaît quelquefois dans un œil comme manifestation de troubles sympathiques de l'œil opposé. La sympathie modifie peu les allures de l'amblyopie hystérique ; et tout au plus augmente-t-elle l'irrégularité des champs visuels des couleurs.

L'amaurose complète résulte de la marche progressive de l'amblyopie, ou bien s'établit subitement.

Même avec l'amaurose complète, on ne constate aucune lésion du fond de l'œil.

L'amaurose hystérique est purement psychique, l'impression arrive au centre cortical où elle est neutralisée par l'imagination de l'hystérique.

Le second groupe comprend la kopiopie et la migraine ophtalmique hystérique.

La kopiopie est une forme de névralgie du corps ciliaire rendant tout travail impossible, et souvent accompagnée d'hyperesthésie de la rétine.

La migraine ophtalmique hystérique constitue quelquefois

l'aura de l'attaque, ou se substitue à elle. Elle peut être provoquée par compression de points migrainogènes. Même dans la migraine ophtalmique hystérique, on n'a jamais observé l'hémianopsie.

Le troisième groupe comprend les affections hystériques des muscles de l'œil.

Le nystagmus est exceptionnel dans l'hystérie.

Le blépharospasme est assez fréquent sous ses trois formes, clonique, tonique, pseudo-paralytique. Il est douloureux ou indolore. Dans le premier cas, il existe une zone d'hyperesthésie cutanée s'étendant jusqu'au pourtour de l'orbite; dans le second cas, l'anesthésie remplace l'hyperesthésie.

Le blépharospasme s'exagère par excitation des zones dites spasmogènes qui se confondent souvent avec les zones hystérogènes; il peut disparaître par compression de points spasmo-phrénateurs.

Il est généralement allié à d'autres manifestations oculaires (amblyopie, contractures).

Les signes du diagnostic différentiel entre la contracture et la paralysie de l'orbiculaire ont été indiqués par Charcot : résistance de la paupière, abaissement du sourcil du côté contracturé, formation de petites rides verticales sur le front, vers la racine du nez.

Le strabisme spastique apparaît chez des sujets relativement âgés, la contracture siège surtout (9 fois sur 11) sur le droit interne; elle s'accompagne de douleurs frontales plus ou moins fortes, et l'état hypermétropique paraît jouer un rôle dans la production de ce strabisme. Le strabisme spastique se différencie du strabisme paralytique par le champ de fixation normal dans le spasme, échancré dans la paralysie, par l'inclinaison des images, l'incoordination des mouvements, les variations continuelles de la diplopie et de la déviation, et en

dernière analyse par la chloroformisation; on ne doit pas le confondre avec le strabisme concomitant.

L'existence des paralysies hystériques des muscles de l'œil est problématique.

On trouve à peine 1 cas net de paralysie de la 3^e paire, et 2 cas de paralysie de la 6^e paire. A tel point qu'on peut se demander avec Parinaud si ce ne sont pas là de simples coïncidences. En tout cas, il ne s'agit pas de paralysie nette, mais d'un état parésique plus ou moins accentué.

L'insuffisance de convergence est assez rare dans l'hystérie, elle suit généralement la marche de l'affection, se manifestant ou disparaissant avec elle; l'intervention chirurgicale (ténotomie) n'amène qu'une amélioration passagère.

L'insuffisance de convergence paraît plus fréquente dans l'hystéro-traumatisme.

La perte du sens musculaire des muscles de l'œil, entrevue par Szokalski, n'a été nettement constatée que par Borel.

L'ophtalmoplégie hystérique est un syndrome caractérisé par l'abolition des mouvements volontaires de l'œil avec 3 fois sur 4 ptosis pseudo-paralytique.

La déviation conjuguée hystérique, fréquente dans les attaques, a été signalée une seule fois par Frost, comme trouble persistant après la crise.

La contracture totale du muscle accommodateur est fréquente et se manifeste par l'apparition d'une myopie plus ou moins forte; la contracture partielle ou irrégulière est plus rare (trois cas), elle produit un astigmatisme corrigible par les verres.

La paralysie isolée du muscle ciliaire n'a été signalée qu'une fois.

Pour l'étude des troubles iriens nous admettons l'existence contestée des muscles constricteur et dilatateur de l'iris; nous

distinguons le myosis spasmodique, le myosis paralytique, la mydriase spasmodique, la mydriase paralytique.

Le myosis spasmodique a été observé dans l'hystérie par Galezowski.

Les cas de mydriase hystérique observés rentrent dans le cadre de la mydriase spasmodique.

Les troubles organiques très rarement signalés se réduisent à des ecchymoses conjonctivales avec ou sans hémorragie spontanée.

La troisième partie embrasse l'étude de la valeur séméiologique des différentes manifestations oculaires de l'hystérie. Les symptômes oculaires sont les mêmes, quelle que soit la forme de l'hystérie; au point de vue séméiologique, on peut classer les affections oculaires hystériques dans l'ordre suivant :

Amblyopie.

Blépharospasme.

Strabisme spastique.

Kopiopie.

Migraine ophtalmique hystérique.

Paralysie et contracture du muscle accommodateur.

Paralysie et contracture de l'iris.

Déviation conjuguée.

Strabisme paralytique.

Perte du sens musculaire.

Ophtalmoplégie.

Les affections du premier groupe portent en elles le cachet de leur nature; elles pourraient nous révéler l'hystérie.

Quant aux troubles du second groupe, ils sont l'apanage des vieux hystériques, et se manifestent à une époque où le diagnostic de la névrose est déjà fait sur d'autres symptômes.

Des affections oculaires hystériques, la plus caractéristique

est l'amblyopie avec son champ visuel typique. Ce symptôme attire plus spécialement notre attention ; cependant nous constatons le rétrécissement concentrique pour le blanc dans beaucoup d'affections autres que nous avons classés en deux groupes selon qu'elles s'accompagnent ou non de lésions ophtalmoscopiques. La constatation de ces lésions dans le fond de l'œil nous permet déjà d'éliminer ce premier groupe.

Dans le second groupe, nous avons vu que, si certaines affections présentaient exceptionnellement un rétrécissement régulier pour le blanc, analogue à celui de l'hystérie, le rétrécissement du champ visuel des couleurs était différent, et qu'on n'observait pas dans ces cas l'inversion des cercles colorés que nous avons toujours trouvée dans l'hystérie.

La troisième partie est consacrée au traitement des affections oculaires de nature hystérique.

Nous n'avons pas eu la prétention de traiter cette question en détail, et nous nous sommes contenté d'indiquer les principaux moyens employés avec succès.

Nous avons constaté l'inopportunité de toute intervention chirurgicale dans les affections oculaires hystériques, et nous nous sommes un peu plus arrêté sur leur traitement par la suggestion hypnotique.

Nous avons donc atteint le but que nous poursuivions, la recherche dans l'œil d'un stigmate de la névrose ; ce cachet que l'hystérie imprime à l'œil, nous le trouvons dans ce rétrécissement concentrique, régulier, avec inversion des champs visuels colorés ; il existe toujours dans l'hystérie, et jusques à aujourd'hui on ne l'a jamais signalé en dehors de l'hystérie.

BIBLIOGRAPHIE

1833. ALÈGRE. — Sur l'hystérie et l'épilepsie (Thèse Paris).
1839. FALLOT. — Analyse de la brochure de Szokalski (Annales d'oc., t. II, p. 234).
- SZOKALSKI. — De la diplopie monoculaire ou double vision d'un œil (Thèse Paris).
1840. DUGNOLLE. — Quelques réflexions à propos de la dissertation de M. Szokalski (Annales d'oc., t. II, p. 29).
- VAN OUSENDORT. — Un cas d'amaurose hystérique (Nederlandch. Lancet, novembre).
1842. HOCKEN. — Diagnosis of hysterical amaurosis. London.
1844. FAVROT. — De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie (Thèse Paris).
1846. SZOKALSKI. — Amblyopie in Folge unbefridenten Gesechtstribes Prag. Med. Vierteljarschrift.
1847. HENROT. — De l'anesthésie et de l'hyperesthésie hystérique (Thèse Paris).
1848. GAUSSAILL. — Hémiplegie et cécité hystérique (Mém. de l'Académie des sciences, t. III, livre VIII).
- BEZENÇON. — Considérations sur l'hystérie et son diagnostic (Thèse Paris).
1851. SZOKALSKI. — Hysterische Anæsthesie (Prog. Vierte alyarhschrift, p. 72).
1851. GUT et FIK. — De la diplopie monophthalmique, Zurich.
1859. ULO. — Amaurose ayant succédé à des troubles nerveux (Annales d'oc., t. XLI, p. 77).
1860. KOCH. — Hysterische Anæsthesia (Wurtemberg correspondent Blatt).
1861. GÉROLD. — Amblyopia nervosa, Halle.
1864. DOUSMANI. — Recherches expérimentales sur la diplopie monoculaire (Archives génér. de Méd., avril).

1865. GALEZOWSKI. — Étude sur la diplopie monoculaire (Annales d'oc., t. LIV, p. 199).
— Sur les altérations du nerf optique et les maladies cérébrales dont elles dépendent (Thèse Paris).
DE GRÆFE. — Anesthésie de la rétine avec rétrécissement concentrique du champ visuel (Klin. Monatsbl. für Augenh., p. 261).
1866. HUASE. — Amblyopie par anesthésie de la rétine (Klin. Monatsbl. für Augenh., p. 251).
1868. BUSINELLI. — Amaurose hystérique avec polyopie monoculaire (Giornale d'ophtalmologia italiano).
LE BRETON. — Des différentes variétés de paralysie hystérique (Thèse Paris).
1869. GUTTMAN. — Un cas rare d'hystérie (Berlin. Klin. Woch., n° 28).
1870. LEBER. — Amblyopie hystérique (Berl. Klin. Woch., p. 372).
SICHEL. — De l'anesthésie rétinienne (Annales d'oc.).
COLSMANN. — Cas d'anesthésie rétinienne (Berl. Klin. Woch., p. 372).
1871. SECONDI. — Sur un cas d'amaurose hystérique (Nuov. lig. med., 30 mai).
1872. DERBY. — Un cas de spasme de l'accommodation avec rétrécissement du champ visuel (Boston Med. and Chirurg. journal, p. 250).
SILVER. — Hysterical ptosis (Lancet, t. III, p. 117).
WADSWORTH. — Anesthésie de la rétine (Boston Med. Surg. journal).
1873. CUIGNET. — Névralgies ciliaires et perversions visuelles hystériques (Recueil d'oph., p. 35).
HODGES. — Blépharospasme hystérique de l'œil droit, guéri par l'électrothérapie (Lancet, I, p. 378).
STEFFAN. — Anesthésie de la rétine avec rétrécissement concentrique du champ visuel (Klin. Monatsb. für Augenh., p. 411).
SVYNOS. — De l'amblyopie et de l'amaurose hystérique (Thèse Paris).
TERRIER. — Contracture des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauche, guérie par ablation de dents cariées (Recueil d'oph., p. 34).

1874. AMAN. — Des rapports des affections oculaires chez la femme avec le système nerveux et considérations sur la nature et les manifestations de l'hystérie.
- BONNEFOY. — Des troubles de la vision dans l'hystérie (Thèse Paris).
- FÖRSTER et FREUND. — *Über Hebetudo Visus hystericæ* (Tagbl. Naturforscher in Breslau, p. 251).
- HIRSCHLER. — Étude sur l'anesthésie et l'hyperesthésie de la rétine (Wien. med. Woch., n° 42).
- MAYER. — Sur l'amaurose hystérique (Berl. Klin. Woch., p. 659).
- MENDEL. — Sur l'amaurose hystérique (Deutsche Zeitschrift für prakt. Med., n° 47).
1875. DUCHENNE. — Paralyse du moteur oculaire externe dans l'hystérie (Gazette des hôpitaux, juillet).
- LANDOLT. — De l'amblyopie hystérique (Archives de physiologie normale et pathologique, p. 624).
- STRAWBRIDGE. — Blépharospasme hystérique, traité par l'élévation forcée de la paupière (Transaction of Amer. opht. Society).
1876. BELL. — Les illusions et hallucinations (Recueil d'opht., p. 247).
- BONNEFOI. — Lettre sur l'amblyopie hystérique (Gazette des hôpitaux, p. 159).
- HARDWICKE. — Cécité hystérique (Brit. med. journal, mai).
- HARLAN. — Affections hystériques de l'œil (Phil. Med. and Surg. Report, p. 139).
- LANDOLT. — Lettre sur l'amblyopie hystérique (Gazette des hôpitaux, p. 194).
1877. CHOUPEE. — Métallothérapie (Gazette hebdomadaire, 23 mars).
- FÖRSTER. — Mensuration du champ visuel dans l'anesthésie de la rétine (Société opht. d'Heidelberg, 19 août).
- HERTER. — Amaurose hystérique (Charité Annalen, p. 827).
- KNIES. — Variations de l'accommodation durant une crise d'hystérie (Sitzungsbericht der Heideilberger opht. Versammlung, p. 61).
- TANGUY. — Des accidents nerveux de l'œil simulant l'hystérie (Thèse Paris).
1878. ABADIE. — De quelques troubles oculaires nerveux de nature hystérique (Progrès méd., 13 juillet).

BARON. — Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques (Thèse, Paris).

BURQ. — Affection hystérique compliquée d'achromatopsie, complète de l'œil droit et partielle de l'œil gauche, guérie par la métallothérapie externe (Gazette médicale, 14 décembre).

CHARCOT. — Les troubles de la vision chez les hystériques (Progrès médical, 19 janvier).

— L'amblyopie, l'achromatopsie et la dyschromatopsie hystérique (Tribune médicale).

— Métalloscopie et métallothérapie (Gazette des hôpitaux, n^{os} 10, 30, 31).

— Les troubles de la vision chez les hystériques (Gazette des hôpitaux, p. 67).

— Zoopsie (Gazette des hôpitaux, p. 1098).

CHERMES. — De l'action du froid, des métaux, du magnétisme et de l'électricité statique sur l'achromatopsie et l'hémianesthésie hystérique (France médicale, 28 août).

COURSERANT. — Amblyopie hystérique (Gazette des hôpitaux, n^o 42).

CUIGNET. — Amblyopie hystérique modifiée par des verres colorés (Recueil d'opht., p. 176).

FANO. — Amblyopie hystérique à forme particulière (Journal d'ocul. et de chirurgie, page 6).

— Amblyopie hystérique du côté gauche remontant à onze ans (Idem., p. 38).

FÆRSTER. — Handbuch für Gesamten Augenheilkunde (Breslau, t. v., p. 88).

GALEZOWSKI. — De la contracture du muscle de l'accommodation dans l'hystérie (Progrès Médical).

— Troubles visuels hystériques (Recueil d'opht., p. 85).

— De l'amblyopie hystérique (Gazette des hôpitaux, n^o 10).

LASEGUE. — Des hystéries périphériques (Archives géh. de médecine, juin).

MENGIN. — Des accidents consécutifs aux lésions de l'appareil dentaire (Recueil d'opht., p. 324).

PARINAUD. — De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections de même nature (Annales d'ocul.)

- REGNARD. — Sur la nature de l'achromatopsie hystérique (*Gazette médicale*, n° 8).
- SCHENKL. — Sur les douleurs oculaires dans l'hystérie (*Prog. Med. Wochensch.*).
- TERSON. — Amaurose de nature hystérique (*Journal de la Société de Méd. de Toulouse*).
1879. DEBIERRE. — Un cas d'hystérie à manifestations multiples (*Gazette des hôpitaux*, n° 58).
- DUJARDIN-BAUMETZ ET ABADIE. — Cécité hystérique, amélioration par la métallothérapie, disparition par l'électricité statique (*Progrès Méd.*, n° 28).
- FIEUZAL. — Amblyopie hystérique (*Progrès méd.*).
- ROSENSTEIN. — L'amblyopie hystérique avec achromatopsie (*Wien. med. Presse*).
- SCHIRMER. — Amaurose après blépharospasme (*Klin. Monatsb. f. Augenh.*, p. 150).
1880. BERGER. — Hypnotische Zustände und ihre Genese (Breslau, *Arztl. Zeitschrift*).
- COHN. — De l'achromatopsie avec spasme de l'accommodation et des méthodes d'hypnose de l'œil seul (*Annales d'O.* T. 83, p. 262).
- MANZ. — Un cas de cécité hystérique avec spasme (Berlin. *Klin. Wochensch.*, janvier).
- ROBIN. — Les troubles oculaires des maladies de l'encéphale (Thèse d'agrégation, Paris).
- STONE. — Case of hysterical hemi-amaurosis (*Med. Times and Gaz.*, p. 241).
- STURGE. — Un cas d'hémianesthésie associé avec l'hémiopie (*Britsch Med. Journ.*, II, p. 329).
1881. FÉRÉ. — Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques soit en dehors de l'attaque, soit pendant l'attaque (*Gazette médicale*, n° 50).
- SCHWEIGER. — Observations cliniques sur le strabisme (Berlin).
- De l'emploi thérapeutique de la strychnine avec observations sur les troubles visuels de l'hystérie (*Klin. Monatsb. für Augenh.*, p. 145).

1882. FÉRÉ. — Contribution à l'étude des troubles de la vision par lésion cérébrale (Thèse Paris).
- Des mouvements de la pupille et des propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques (J. de thérapeutique, p. 31).
- FONSECA. — Blépharospasme convulsif et forte amblyopie hystérique dans les deux yeux (Arch. opht. de Lisboa).
- LANDSBERG. — Amaurose par irritation réflexe (Græfe's Archives, XXIV).
- PANAS. — Blépharospasme hystérique traité par l'élongation des nerfs sus-orbitaires (Semaine médicale, II, p. 33).
- ULRICH. — Spasme intermittent du muscle droit interne de nature hystérique (Zehender Klin. Monatsb., juillet).
- VIGOUROUX. — Amaurose hystérique développée sous l'influence d'une impression morale et guérie en quarante-huit heures (Paris Médical, n° 43).
1883. BURCQ. — Amblyopie hystérique, vomissements incoercibles.guéris par le platine (Gazette des hôpitaux, p. 753).
- DUBOYS. — Paralysie de l'accommodation avec amblyopie de nature hystérique (Bulletin des Quinze Vingt, n° 3).
- ROSENTHAL. — Recherches et observations sur l'hystérie et le transfert (Archives de neurologie, 15 mai).
- RUSCONI. — Études cliniques sur la méthaloscopie et la xysloscopie dans un cas d'hémianesthésie avec amblyopie et achromatopsie (Gazetta Med. italiana per la Lombardia).
- WILBRAND. — Sur l'asthénopie neurasthénique et l'anesthésie de la rétine (Archives für Augenh, XII, p. 163 et 173).
1884. FONSECA. — Névropathie oculaire hystérique (Arch. opht. da Lisboa, n° 4).
- ADAM FROST. — Strabisme hystérique (Brit. Med. journal, I).
- HARLAN. — Cécité hystérique monoculaire avec mydriase et blépharospasme (New-York Med. journ., 26 juillet).
- RYBALKIN. — Un cas d'hystérie avec hypnose spontanée (Neurolog. Centralbl., n° 4).
- SAINT-ANGE. — Contribution à la cécité hystérique (Revue méd. de Toulouse, n° 6).
- SCHAEFER. — Sur l'hystérie des enfants (Leipsig).

- THOMSEN et OPPENHEIM. — De la valeur symptomatologique et de la signification de l'anesthésie sensorielle dans les maladies du système nerveux central (*Archive für Psychiatrie*).
- WALTON. — Cas d'hémianesthésie hystérique, convulsions et paralysie causée par une chute (*Boston Med. and. S. journal*, 11 déc.).
1885. HÉGAR. — Relations des affections oculaires avec les maladies nerveuses et de la castration dans l'hystérie (*Stuttgart*),
LAUFENAUER. — Perimetrikus vizsgalatok a hysterikus latter szukuletet illetolog. — A budapesti kirorvogyselet, 1885. iki evkonyve, p. 10.
- LUNZ. — Un cas d'amaurose hystérique (*Moscou*, 1883. Analysé, *in* *Revue gén. d'oc.*, p. 77).
1886. G. D'ABUNDO. — Nouvelles recherches sur l'hypnotisme (*La psychiatria. Fascicules, I et II*).
- BERNHEIM. — Amaurose hystérique (*Congrès d'assoc. franç. de Nancy*).
- CASTELLARNAUD. — Amaurose hystérique (*Recueil d'opht.*, p. 496).
- CUIGNET. — Des névropathies oculaires et des affections de nature nerveuse des yeux et de la vue (*Recueil d'opht.*, p. 358).
- FÉRÉ. — Notes pour servir à l'histoire de l'amblyopie hystérique (*Recueil d'opht.*, p. 607).
- FINKELSTEIN. — Sur les troubles de la vue dans quelques affections du système nerveux (*Wratch*, n° 1).
- HITIER. — De l'amblyopie liée à l'hémianesthésie et particulièrement de l'amblyopie hystérique (*Thèse Paris*).
- JOUFFREAU. — Contribution à l'étude de l'amblyopie et de l'hémianesthésie d'origine cérébrale (*Thèse Montpellier*).
- LANDESBURG. — Affections de l'œil dépendant de l'hystérie (*Journal of nervous and mental Diseases*. Février).
- MAGNUS. — Amaurose transitoire sans cause visible (*Klin. Monatsb. für Augenh.* février).
- PARINAUD. — Anesthésie de la rétine (*Annales d'O.*, t. XCVI, p. 39).

- SEGLAS. — Note sur le traitement de l'amblyopie hystérique par l'exercice de la sensibilité spéciale et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire (Société Médico-psych., 29 nov.).
- Sous. — Amaurose hystérique (Revue clin. d'ocult., p. 234).
1887. ARMAIGNAC. — Amaurose hystérique monolatérale chez une petite fille de dix ans (Revue clin. d'ocult., n° 6).
- BOREL. — Astigmatisme hystérique (Société franç. d'opht., p. 274).
- Affections hystériques des muscles de l'œil (Archives d'opht.).
- CARRERAS SOLAS. — Amaurose hystérique guérie par suggestion (Revista de ciencias de Barcelona, 18 mai).
- FANO. — L'amaurose et les hystériques (J. d'oculistique, p. 168).
- FELNICHUINE. — Amblyopie hystérique et métallothérapie (Recueil d'opht., p. 319).
- FONTAN. — La suggestion hypnotique et les maladies des yeux (Recueil d'opht., p. 385).
- HILBERT. — Contribution à l'étude de la cécité transitoire pour les couleurs (Archives für Augenh., XVI, p. 417).
- LICHTWITZ. — Dangers des opérations sur la cornée chez certains hystérogènes (Journal de méd. de Bordeaux).
- Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et les zones hystérogènes des organes des sens (Thèse Bordeaux).
- TELNICHIN. — Un cas d'application de la métallothérapie avec succès dans l'amblyopie hystérique (Russie, an. in Revue gén. d'ocul., p. 365).
1888. GILBERT BALLEZ. — L'ophtalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaïres dans leurs rapports avec le goître exophtalmique et l'hystérie (Revue de médecine).
- BARRAT. — De la polyopie monoculaire (Thèse Bordeaux).
- HILL GRIFFITH. — Symptômes fonctionnels oculaires de l'hystérie et les états pathologiques qui s'y rattachent (Brith. Méd. journal, 12 mai).
- KONIGSHÖFER. — L'hynoptisme est-il un agent curatif applicable en oculistique (Kl. Monatsb. de Zehender, p. 13).
- MOORE. — Cas de cécité hystérique chez l'homme (Transaction of the american society New London et Medical Record).

- PICHON. — Les troubles de la vision dans l'hystérie (L'encéphale, p. 139).
1889. BINET. — Quelques observations de la sensibilité tactile, rétinienne et auditive chez les hystériques (Société de biologie, 6 juillet).
- DUTIL. — Observations d'hystérie et de neurasthésie associée (Gaz. Méd., 20 nov.)
- JEAFFRESON. — Amblyopie hystérique (Lancet, 13 avril).
- LUYS et BACCHI. — Examen ophtalmoscopique du fond de l'œil chez les hypnotiques (Académie des sciences, 18 nov.)
- MILNER. — Un cas d'amblyopie hystérique (Lancet, 7 décembre).
- MITCHELL et SCHWEINITZ. — Anesthésie hystérique avec étude du champ visuel (Am. Journal of Med. Science., p. 227).
- MORAX. — Compte rendu du service ophtalmologique de la Salpêtrière (Archives de Neur., p. 436).
- PARINAUD. — Amblyopie hystéro-traumatique (Recueil d'opht. p. 417).
- MARLOW. — Cécité hystérique chez l'homme (N.-York Med. Journal, février).
- SCIAMINNA et PARISOTTI. — Recherches ophtalmologiques sur l'hypnotisme (Bulletin de l'Académie de Médecine de Rome (XVI^e année, VIII fasc.)
- VALUDE. — Du blépharospasme (Archives d'opht., p. 276).
1890. BABINSKI. — De la migraine ophtalmique hystérique (Archives de Neurologie, novembre).
- COHN. — Uterus und Auge (Wiesbaden).
- DANA. — Étude sur l'anesthésie dans l'hystérie (Am. journ. of Med. science., octobre).
- DEBOVE. — Paralysie des deux moteurs oculaires communs, d'origine hystéro-traumatique (Soc. méd. des hôpitaux).
- DEJERINE et TUILANT. — Sur l'existence du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie (Société de biologie, 12 juillet).
- DELBŒUF. — L'hypnotisme appliqué aux altérations de l'organe visuel (Bulletin de l'Académie Royale de Belgique).
- FREUND. — De l'aphasie optique et de la cécité psychique (Arch. fur psych., XX, p. 1 et 2).

- GUICHON. — L'absorption sous-cutanée dans l'hémi-anesthésie hystérique (Thèse Lyon).
- HARLAU. — Cécité hystérique chez l'homme (Medic. News., 11 janvier).
- LEVY. — Sur l'amaurose hystérique (Inaug. Dissertatio, Berlin).
- MORAVCSIK. — Le champ visuel à l'état de veille et pendant l'état hypnotique (Neurol. Centralb., 15 avril).
- STRUMPFELL. — Les névroses traumatiques et l'hystérie traumatique (Munchen med. Woch., 14 janvier).
- WILBRAND. — Sur les anomalies typiques du champ visuel dans les troubles fonctionnels du système nerveux (Analyse in Neurologie Centralblatt, 1891, n° 7, p. 23).
1891. BOSC. — Les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'hystérique et l'épileptique (Thèse Montpellier).
- BOURNEVILLE et SOLLIER. — Deux nouvelles observations d'hystérie mâle (Archives de Neurol. t. XX, 11).
- BRIANCEAU. — Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et dans la maladie de Morvan (Thèse Paris).
- BULL. — De la polyopie monoculaire (Revue gén. d'oc., p. 260).
- CHARCOT. — Du somnambulisme avec amblyopie hystérique (J. de méd. et de ch. pratique).
- Un cas d'hystérie simulatrice du symptôme de Weber (Archives de Neur., p. 321).
- Parallèle entre les troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaque et l'hystérie (Semaine médicale, février).
- DUM. — Convulsions hystériques à la suite de l'ablation d'un œil (Archiv. of opht., XX).
- DURET. — De la diplopie monoculaire comme symptôme cérébral (Académie de méd., 22 septembre).
- FINK. — Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie (Thèse Paris).
- GRASSET. — Hystérie rabiforme chez un homme, après morsure par un chien enragé et le traitement Pasteur (Sem. méd., p. 289).
- GUINON. — De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque d'hystérie (Archives de Neurol., n° 63).
- HILBERT. — Deux cas d'érythropsie avec intégrité des milieux réfringents (Klin. Monatsbl. Nov.).

- DE LAPERSONNE. — Le strabisme hystérique (Bulletin médical du Nord, n° 3).
- LOMBROSO. — Le champ visuel chez les épileptiques et les délinquants-nés (Recueil d'opht., p. 449).
- MORVAN. — Rétrécissement du champ visuel dans la parésos-analgésie (Gazette hebdomadaire, juin).
- NIEDEN. — L'agoraphobie et le rétrécissement du champ visuel (Deutsch. Medizin. Woch., p. 465).
- OLIVIER. — État de l'œil dans l'imbécillité, l'épilepsie et la paralysie générale (Journ. Am. Med. Assoc., 26 septembre).
- PHILIPSEN. — De l'état de la pupille au point de vue physiologique et pathologique (Hospitaal Tidende).
- PRUVOST. — De la mydriase essentielle (Thèse Paris).
- RAYMOND et KONIG. — Sur la dissociation des mouvements oculaires chez les dégénérés hystériques (Annales d'ocul., juillet).
- REMOND. — Sur un cas d'hémorragie oculaire et palmaire de nature hystérique (Languedoc médical, 11 décembre).
- RITZMANN. — Traitement des affections oculaires par la suggestion hypnotique (Asthénopie, blépharospasme) — Correspondent Blatt. für Sch. Ärzte).
- RODER. — Contribution à la nosographie de l'hystérie (Klin. Monatsb. für Augenh., nov.).
- ROUFFINET. — De l'œil hystérique (Gazette des hôpitaux).
— Les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich et le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan (Thèse Paris).
- SCHULTZE. — Les névroses et névro-psychoses suites de traumatisme (Volkman's Samml. K. Vort., n° 14).
- SIML. — Un cas d'ophtalmie hystérique (Medizinische-chirurgische Rundschau, p. 176).
- THOMPSON. — Diplopie monoculaire (Journ. American assoc., 12 septembre).
- G. DE LA TOURETTE. — Des zones hystérogènes de l'œil et de la migraine ophtalmique d'origine hystérique (Annales d'oc., octobre).
- UHTHOFF. — Recherches sur les troubles oculaires qui surviennent dans la sclérose en plaque (Archives für Psych., XXI).

- WURDEMAN. — Un cas de cécité hystérique (Med. News, 14 février).
1892. BERTILLON. — Sur l'œdème hystérique (Archives de neurologie, p. 113).
- CHALTIN. — L'œil épileptique (Archives médicales belges, XLI, p. 151).
- GALEZOWSKI. — Diplopie monoculaire (Société de biologie, 30 janvier).
- De la contracture partielle hystérique du muscle accommodateur déterminant l'astigmatisme (Société de biologie, 9 avril).
- GILLET DE GRANDMONT. — Neurasthénie traumatique et accidents oculaires (Bulletin de la Société de médecine pratique du 1^{er} avril).
- GRAND CLÉMENT. — Neurasthénie avec troubles visuels (Société des sciences méd. de Lyon, in Lyon médical, p. 157).
- GRASSET. — Des associations hystéro-organiques, sclérose en plaque et hystérie associée (Montpellier médical, 1^{er} mars p. 226).
- HUSCHER. — Asthénopie motrice (insuffisance de convergence) dans les névroses traumatiques (Deutsch. Med. Woch., p. 376).
- P. JANET. — L'anesthésie hystérique (Archives de Neurologie, p. 331).
- JANOT. — Des rapports morbides de l'œil et de l'utérus (Thèse Montpellier).
- KALT. — Amblyopie hystérique sympathique (Annales d'ocul., p. 337).
- WILBRAND. — Sur les variations du champ visuel dans les troubles fonctionnels du système nerveux. (Wien. Medizinische Presse, p. 378).
- Variations du champ visuel dans les névroses traumatiques. (Deutsch Med. Woch., 28 avril, p. 379).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 juillet 1892.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 juin 1892.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	V
Historique.....	9
PREMIÈRE PARTIE. — ÉTUDE DE L'ŒIL NORMAL CHEZ L'HYS- TÉRIQUE :	
I. — Aspect extérieur de l'œil.....	16
II. — Le champ visuel de l'œil hystérique normal.....	17
III. — Modifications de la sensibilité dans la région oculaire	
— . a) Paupières.....	18
b) Conjonctive et cornée.....	19
IV. — Zones hystérogènes de la région oculaire.....	21
V. — Prodromes de l'attaque.....	24
VI. — Modifications que l'on observe sur l'œil pendant les	
différentes phases de l'attaque.....	25
VII. — Troubles passagers que l'on observe à la suite de	
l'attaque.....	29
VIII. — La fonction oculaire pendant le sommeil hypnotique	
et l'action de la suggestion sur la fonction visuelle.	
A. — <i>La fonction oculaire pendant l'hypnose</i>	31
B. — <i>Action de la suggestion hypnotique sur la fonction</i>	
<i>visuelle :</i>	
I. — Perception visuelle.....	34
II. — Champ visuel.....	35
III. — Perception des couleurs.....	36
IV. — Accommodation et adaptation pupillaire.....	39
V. — Les hallucinations de la vue.....	41
VI. — De l'action de la suggestion sur les muscles	
oculaires.....	44

	Pages
DEUXIÈME PARTIE. — ÉTUDE DE L'ŒIL HYSTÉRIQUE PATHO-	
LOGIQUE :	
I. — Amblyopie hystérique.....	47
I. — Amblyopie hystérique simple.....	48
II. — Amblyopie hystérique sympathique.....	72
III. — Amaurose hystérique complète.....	74
IV. — Nature de l'amblyopie hystérique.....	75
II. 1° Kôpiopie.....	81
2° Migraine ophtalmique hystérique.....	84
III. — Affections hystériques des muscles de l'œil :	
A. — <i>Muscles extrinsèques :</i>	
I. — Nystagmus.....	87
II. — Blépharospasme.....	88
III. — Strabisme spastique.....	93
IV. — Déviation conjuguée hystérique.....	97
V. — Paralysie des muscles de l'œil.....	98
VI. — Insuffisance de convergence.....	100
VII. — Perte du sens musculaire des muscles ocu-	
laires.....	104
VIII. — Ophtalmoplégie.....	104
B. — <i>Muscles intrinsèques :</i>	
I. — Paralysie et contracture du muscle accommo-	
dateur.....	107
II. — Paralysie et contracture de l'iris.....	109
IV. — Lésions oculaires organiques de nature hystérique..	112

TROISIÈME PARTIE. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ŒIL
HYSTÉRIQUE :

	Pages
I. — De la simulation des troubles hystériques oculaires..	114
II. — Des troubles oculaires dans les différentes formes d'hystérie.....	117

III. — Valeur séméiologique des troubles des muscles oculai- res dans l'hystérie de la kopie et de la migraine ophtalmique hystérique.....	120
IV. — Valeur séméiologique de l'amblyopie hystérique.....	124

QUATRIÈME PARTIE. — TRAITEMENT DES AFFECTIONS OCULAI- RES DE NATURE HYSTÉRIQUE	143
Résumé et conclusions.....	149
Bibliographie	157

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

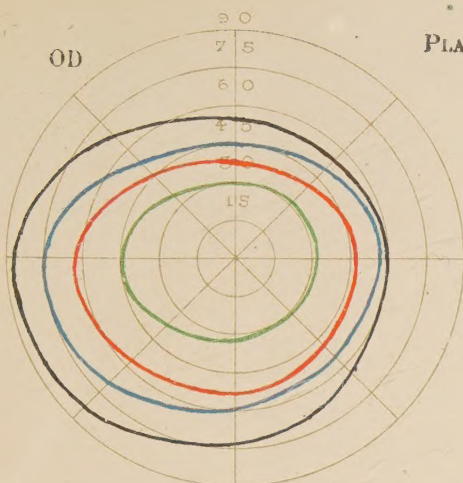


PLANCHE I.

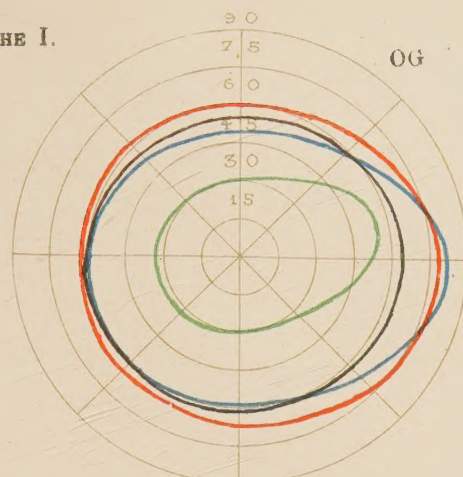


Fig. II. — Champ visuel chez un hystérique (obs. III).

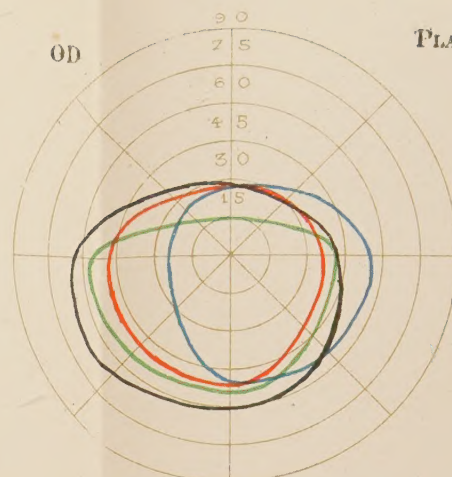


Fig. VI. — Rétrécissement du champ visuel chez une hystérique (obs. IX).

PLANCHE II.

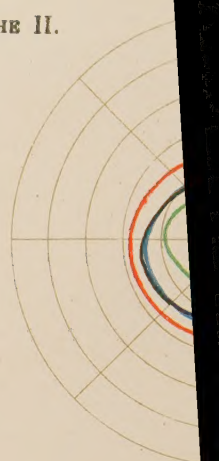


Fig. VII. — Rétrécissement du champ visuel chez une hystérique (obs. VII).

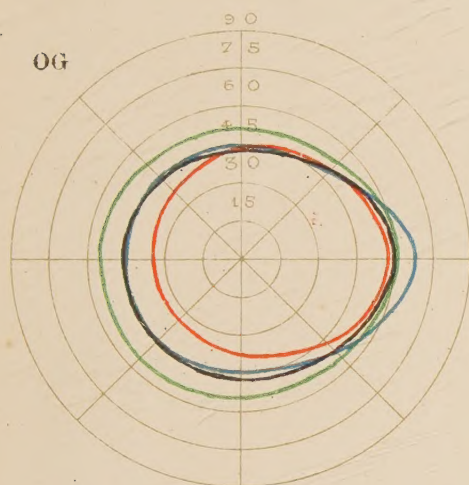


Fig. III. — Rétrécissement du champ visuel chez un hystérique (obs. III).

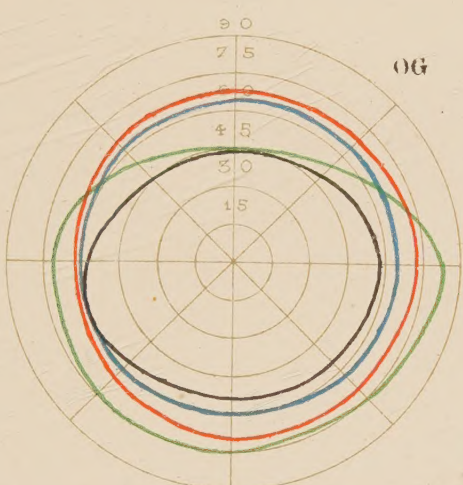


Fig. IV. — Champ visuel chez une hystérique (obs. II).

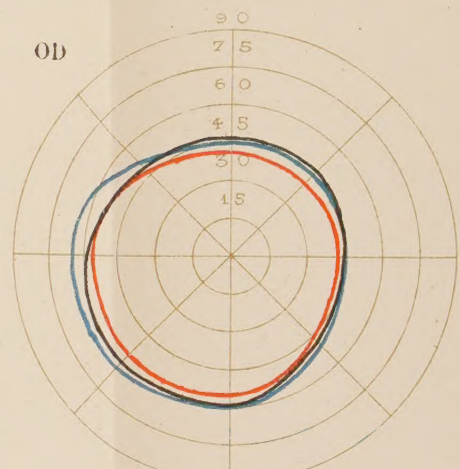


Fig. VIII. — Rétrécissement du champ visuel chez une hystérique (obs. VIII).

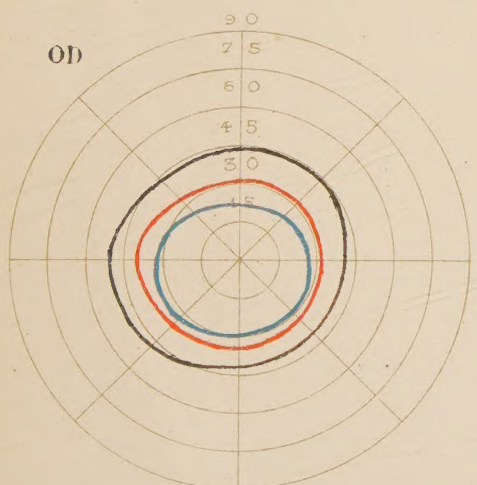


Fig. V. — Rétrécissement du champ visuel chez une hystérique (obs. VII).
Cécité pour le vert, dont le champ se confond avec celui du blanc.

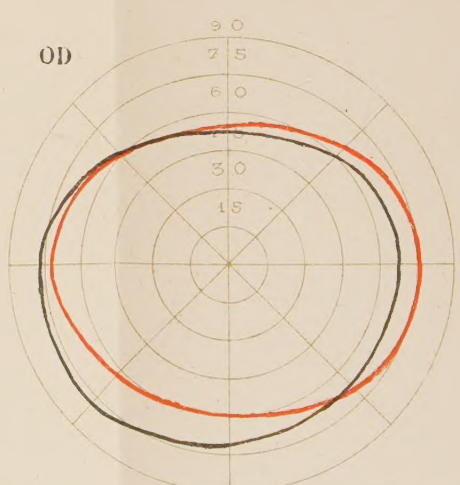


Fig. IX. — Champ visuel de la même malade pendant l'hypnotisme.
OD : Le champ visuel du blanc et du bleu se confondent. OG : Les deux cercles noirs différentes trouvées da

